**Über dieses Buch**

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

**Nutzungsrichtlinien**

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

**Über Google Buchsuche**

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

610.6
T 397
L 53

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

# DIE

# THERAPEUTISCHEN LEISTUNGEN

# DES JAHRES 1901.

---

Digitized by Google

Digitized by Google

DIE

8609

# THERAPEUTISCHEN LEISTUNGEN

DES

# JAHRES 1901.

---

EIN JAHRBUCH FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

BEARBEITET UND HERAUSGEGEBEN

VON

MED. & CHIR. DR. **ARNOLD POLLATSCHEK,**

BRUNNENARZT IN KARLSBAD, CORRESPONDIRENDES MITGLIED DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE IN WIEN.

XIII. JAHRGANG.

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1902.

Digitized by Google

Das Recht der Übersetzung bleibt vorbehalten.

Druck der Kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.

Digitized by Google

# Vorrede zum VI Jahrgange.

Eine übersichtliche Zusammenstellung der im Laufe eines Jahres in der medicinischen Fachliteratur erschienenen, wichtigeren therapeutischen Arbeiten ist zumal gegenwärtig, da „die Medicin unserer Tage im Zeichen der Therapie steht", für jeden Praktiker ein Bedürfniss geworden. Sie macht ihm das Excerpiren entbehrlich, enthebt ihn von dem lästigen, für eine präcise Anwendung der therapeutischen Vorschläge sonst notwendigen Nachschlagen in den verschiedenen Zeitschriften und gewährt ihm einen leichteren und kritischen Ueberblick über den therapeutischen Fortschritt.

Ein derartiges Buch soll aber die eingehende Lectüre der periodischen Fachblätter oder anderer literarischen Novitäten weder ersetzen noch überflüssig machen. Denn ebenso wie die Therapie nur durch eine emsige Bearbeitung der gesammten Medicin und ihrer Hilfswissenschaften gefördert wird, ist das therapeutische Wissen und Können des Arztes die reife Frucht, welche nur durch die genaue Kenntniss der übrigen medicinischen Disciplinen gezeitigt wird.

Von dieser Erkenntniss war ich erfüllt, als ich an die Bearbeitung dieses Jahresberichtes herantrat, und dieser Ueberzeugung möchte ich neuerdings Ausdruck geben, da derselbe mit dem vorliegenden Bande in sein zweites Lustrum eintritt.

Meine Wintermusse, welche mir als ausübendem Arzte in einem Curorte in reicherem Maasse gegönnt ist, als den meisten meiner Berufsgenossen, dazu verwendend, habe ich auch diesmal aus der im abgelaufenen Jahre erschienenen Literatur das für das therapeutische Wirken des Praktikers Notwendige möglichst getreu wiedergegeben, wobei ich mich mit Vorliebe an die Referate hervorragender Kräfte anlehnte und die aus den Werkstätten anerkannter Meister hervorgekommenen Producte besonders bevorzugte.

Der pharmakologische Teil, die interne Therapie, Geburtshilfe, Dermatotherapie, die kleine und der leichtere Teil der operativen

172095 Digitized by Google

Chirurgie wurden möglichst gründlich bearbeitet, das Uebrige aus der Chirurgie, Gynäkologie, Augen-, Ohren-, Kehlkopf- und Nasenheilkunde etc. ist insoweit erörtert, als es mir für die allgemeine Praxis oder zum Verständnisse der specialistischen Leistungen, denen der praktische Arzt nicht allzu fern stehen darf, erforderlich erschien und auch den wichtigen Resultaten bakteriologischer Forschungen ist insoferne Rechnung getragen, als sie die Prophylaxis der Krankheiten stützen oder auch schon die moderne Therapie selbst beeinflussen.

Karlsbad im Frühlinge des Jahres 1895.

Der Verfasser.

## Vorwort zum XIII. Jahrgange.

Mit diesem Bande tritt mein Jahrbuch in das dreizehnte Jahr seines Bestehens ein. Mein Programm und seine Ausführung sind unverändert geblieben. Dagegen hat die allgemeine Richtung in der Therapie im Laufe dieser Zeit manche Aenderung erfahren und habe ich mich bemüht, wie in den vorigen, so auch in dem vorliegenden Bande der „Therapeutischen Leistungen" jedem Fortschritte in sorgfältiger Weise Rechnung zu tragen.

Karlsbad im Frühlinge des Jahres 1902.

Der Verfasser.

Digitized by Google

# Inhalts-Verzeichniss.


| | Seite |
|---|---|
| Acetopyrin | 1 |
| Acne | 1 |
| Acromegalie | 1 |
| Aderlass | 1— 2 |
| Adnexerkrankungen | 2— 4 |
| Agurin | 4 |
| Albuminurie | 4 |
| Alkohol und Alkoholismus | 4— 7 |
| Alopecie | 7— 8 |
| Amputation | 8 |
| Anämie | 8— 9 |
| Aneurysmen | 9—10 |
| Angina | 10 |
| Antipyrese | 10—11 |
| Antiseptik, Aseptik und Desinfection | 11—14 |
| Appendicitis | 14—21 |
| Arsenneuritis | 21 |
| Arteriosclerose | 21—22 |
| Aspirin | 22—23 |
| Asterol | 23 |
| Augenmedicamente | 23—24 |
| Autointoxicationen | 24—25 |
| Bacillol | 26 |
| Baldrianpräparat | 26—27 |
| Balneo-, Hydro- und Klimatotherapie | 27—33 |
| Banti'sche Krankheit | 33 - 34 |
| Basicin | 34 |
| Beckenexsudate | 34 |
| Bismutose | 35 |
| Blasenkrankheiten | 35—36 |
| Blasensteine | 36—37 |
| Blenorrhoea neonatorum | 37—38 |
| Blutstillung | 38—41 |
| Bluttransfusion | 41 |


Digitized by Google

| | Seite |
|---|---|
| Bromeigone | 42 |
| Bromocoll | 42 |
| Bronchialerkrankungen | 42— 43 |
| Bubo | 43 |
| Bulbusoperationen | 43— 44 |
| Campher | 44 |
| Cataracta | 44— 45 |
| Chinin- und Chininpräparate | 45— 46 |
| Choclon | 46 |
| Chorea | 46 |
| Cöliotomie | 46— 47 |
| Cupragol | 47 |
| Cysticercus intraocularis | 47 |
| Darmkrankheiten | 47— 54 |
| Dermosapol | 54 |
| Deutsche Klinik | 54 |
| Diabetes mellitus | 54— 58 |
| Dialysatum secalis cornuti Gelar | 58— 59 |
| Dionin | 59 |
| Diphtheritis und Croup | 59— 61 |
| Dormiol | 61 |
| Dymal | 61 |
| Dysenterie | 62 |
| Dysmenorrhoe | 62— 64 |
| Eisen und Eisenpräparate | 64— 65 |
| Ekzem | 66— 67 |
| Elektricität | 67— 68 |
| Empyem | 68— 70 |
| Enteroptose | 70— 71 |
| Enuresis nocturna | 71— 72 |
| Epicarin | 72— 73 |
| Epilepsie | 73— 74 |
| Ernährungstherapie und Diätetik | 74— 84 |
| Erysipel | 84— 85 |
| Eucain | 85 |
| Euguform | 85 |
| Eumenol | 85 |
| Eupyrin | 85— 86 |
| Euthanasie | 86 |
| Favus | 86 |
| Fettleibigkeit | 86— 88 |
| Fluor albus | 88 |
| Fortoin | 88— 89 |
| Fracturen | 89— 91 |
| Fremdkörper | 91 |
| Furunkel | 91— 92 |
| Gallensteine | 93— 97 |
| Geburtshilfe | 97—112 |


Digitized by Google

| | Seite |
|---|---|
| Gehirn-, Schädel- und Rückenmarkschirurgie | 112—113 |
| Gelenkerkrankungen | 113—118 |
| Gesichtsmasken | 118 |
| Gewerbehygiene | 118—119 |
| Gicht und harnsaure Diathese | 119—122 |
| Glaukom | 122—124 |
| Glutol | 124 |
| Gonorrhoe | 124—128 |
| Hämorrhoiden | 128 |
| Hautjucken | 128—129 |
| Hedonal | 129 |
| Hefe und Levurin | 129—130 |
| Hernien | 130—132 |
| Heroin | 132—133 |
| Herzkrankheiten | 133—136 |
| Herzmittel | 136—139 |
| Heufieber | 139 |
| Hornhautaffectionen | 139—141 |
| Hustenbehandlung | 141 |
| Hydrocephalus | 141—142 |
| Hydrops | 142 |
| Ichthyol und Ichthyolpräparate | 142—143 |
| Idiotie | 144 |
| Immunität, Immunisirung und Serumtherapie | 144—147 |
| Infectionskrankheiten | 147—149 |
| Influenza | 149—151 |
| Inhalation | 151—152 |
| Intoxicationen | 152—153 |
| Intubation | 153—155 |
| Jodpräparate | 155—157 |
| Johimbin | 157 |
| Kakodylsaure Salze | 157—158 |
| Kehlkopfkrankheiten | 159 |
| Keuchhusten | 159—160 |
| Klumpfuss | 160 |
| Knochenplombe | 160 |
| Krankenpflege | 160—163 |
| Kühlpasten | 163 |
| Leberchirurgie | 164—166 |
| Lecithin | 166 |
| Lepra | 166 |
| Lichttherapie | 166—169 |
| Lungenchirurgie | 169—171 |
| Lupus | 171—173 |
| Luxationen | 173 |
| Lysoform | 174 |
| Lyssa | 174 |
| Lysulfol | 174 |


Digitized by Google

| | Seite |
|---|---|
| Magen-, Darm- und Peritonealchirurgie | 175—178 |
| Magenkrankheiten | 178—183 |
| Malaria | 183—187 |
| Mastitis | 187—188 |
| Mechanotherapie | 188—191 |
| Milzchirurgie | 191 |
| Morbus Basedowii | 191—192 |
| Morphium | 193 |
| Myelitis | 193—194 |
| Myopie | 194 |
| Myxödem | 194—195 |
| Naftalan | 195 |
| Narkose und Anästhesirung | 195 202 |
| Natrium sulfuricum | 202 |
| Natronsuperoxydseife | 202 - 203 |
| Nebennierenextract | 203 |
| Neoplasmen | 203 - 209 |
| Nervenkrankheiten | 209 - 214 |
| Nierenchirurgie | 214 - 218 |
| Nierenkrankheiten | 218—220 |
| Noma | 220 |
| Ohrenkrankheiten | 221—224 |
| Organotherapie | 224—225 |
| Orthoform | 225 |
| Osteomalacie | 225—226 |
| Panaritium | 226 |
| Pankreaskrankheiten | 226—229 |
| Pankreon | 229 |
| Paraffininjectionen | 229—231 |
| Parametritis | 231 |
| Pellagra | 231 |
| Pentosurie | 231—232 |
| Pest | 232—233 |
| Petrosapol und Petrosulfol | 233—234 |
| Pharmaceutische Technik | 234 |
| Phimosis | 225 |
| Phosphaturie | 235 |
| Pichi-Pichi | 235 |
| Pilocarpin | 235—236 |
| Plattfuss | 236 |
| Pleuritis | 236 |
| Pneumin | 236—237 |
| Pneumonie | 237—240 |
| Prostatakrankheiten | 240—242 |
| Pruritus | 242—243 |
| Psoriasis | 243 |
| Psychosen | 243 - 244 |
| Pterygium | 244 |


Digitized by Google

| | Seite |
|---|---|
| Pulmoform | 244 |
| Purgatol | 244 |
| Purgo | 244—245 |
| Pustula maligna | 245 |
| Quecksilber | 245—246 |
| Radfahren | 246—247 |
| Resaldol | 247 |
| Rhachitis | 247—249 |
| Rheumatismus | 249—250 |
| Rhinotherapie | 250—252 |
| Röntgenstrahlen | 252—254 |
| Sandbad | 254—255 |
| Sapolan | 255 |
| Saponin | 255 |
| Sauerstoffinhalation | 255—256 |
| Scabies | 256 |
| Scarlatina | 256—257 |
| Schiefhals | 257—258 |
| Schlaflosigkeit | 258—259 |
| Schreiber- und Pianistenkrampf | 260 |
| Schulhygiene | 260—261 |
| Sclerokeratitis rheumatica | 261 |
| Sehnenüberpflanzung | 261—262 |
| Silberpräparate | 262—263 |
| Sodacompressen | 263—264 |
| Sondirung | 264 |
| Spina bifida | 264 |
| Sprachstörungen | 264 |
| Stauungshyperämie | 265 |
| Streupulver | 265—266 |
| Strictureu | 266—267 |
| Struma | 267—268 |
| Subconjunctivale Injectionen | 268 |
| Syphilis | 268—270 |
| Tabes dorsalis | 271 |
| Tetanus | 271—272 |
| Therapeutisches Handbuch | 272 |
| Thränennasenleiden | 272—273 |
| Thiocol | 273—274 |
| Thiosinamin | 274 |
| Thymotal | 274—275 |
| Trachom | 275—276 |
| Trional | 276 |
| Tropococaïn | 276—277 |
| Tuberculose | 277—298 |
| Typhus | 298—304 |
| Ulcus cruris | 304—305 |
| Ulcus molle | 305 |


Digitized by Google

| | Seite |
|---|---|
| Urol | 306 |
| Urotropin | 306 |
| Uterusdeviationen | 307—308 |
| Uterusverwachsung | 308 |
| Vaginismus | 308 |
| Validol | 308—309 |
| Varicen | 309 |
| Variola | 309—310 |
| Verbände | 310 |
| Verletzungen | 310—312 |
| Vioform | 312 |
| Wanderniere | 312—313 |
| Wasserstoffsuperoxyd | 313—314 |
| Wärmebehandlung | 314—317 |
| Wundbehandlung | 317—319 |
| Zahnkrankheiten | 319—320 |


Digitized by Google

# Autoren-Verzeichniss.


**A.**

Abadie 123.
Abbe 205.
Abel 80.
Abraham 243.
Adam 50.
Adams 300.
Addebent 111.
Adrian 14.
Agéron 179.
Ahlfeld 106
Albert 88, 100.
Albrand 272.
Albu 76, 176.
Alexandroff 63.
Anderson 285.
Angerer 38.
Annin 276.
Anton 260.
Aporti 213.
Arning 92.
Arndt 42, 129.
Aron 256.
Aufrecht 109, 234, 279.
Ausset 59, 224.
Axenfeld 123.

**B.**

Babes 212, 231.
Baelz 76.
Baer 141.
Baginsky 257.
Bainbridge 200.
Bálint 73.
Ballner 80.
Bang 167.
Bardenheuer 213.
Barr 112.
Barth 10.
Basalow 24.
Bass 14.
Battistini 28.
Baum 156, 198.
Baumgart 293.
Baumgarten 281, 295.
Beck 93, 318.
Beckmann 110.
Beerwald 288.
Bégonin 58.
Behla 204.
Behring v. 146.
Behrmann 7.
Beljarminow 24, 276.
Bennett 114.
Bergmann v. 8, 272, 317.
Berndt 17.
Besançon 23.
Besold 159.
Bessel-Hagen 131, 229.
Bial 231.
Biedert 282.
Bielefeldt 284.
Bier 41, 199, 265.
Bleyer 168.
Blumberg 12, 109.
Blumenau 249.
Blumenthal 56, 231.
Blümchen 45.
Boas 175, 178, 181.
Bobroff 15.
Boennecken 319.
Bofinger 50.
Bókay v. 153.
Bokelmann 98.
Bondi 45.
Bonhoff 282.
Bonnet 251.
Borchert 169.
Bormans 238.
Bornemann 125.
Bosse 101. 138.
Boureau 78.
Bourget 50, 150.
Braatz 216.
Brat 42, 79.
Braun 65, 73, 78.
Breitung 91.
Bretschneider 101.
Brieger 237.
Brochocki 247.
Brocq 172, 269.
Brouardel 281.
Brownlee 233.
Bruns v. 295.
Brunzlow 286.
Buchanan 62.
Bull 221.
Bulloch 146.
Bum 260.
Burnim 27.


Digitized by Google

Buro 186.
Burwinkel 135.
Bury 21.
Buschke 126.
Busse 131.
Buxbaum 31.
Bühs 44.
Büngner v. 205.
Bürger 3.

**C.**

Camerer 58.
Camp de la 120.
Carion 79.
Carstens 264.
Casper 214.
Caton 250.
Cautru 188.
Ceccherelli 226.
Celli 185.
Chauffard 93.
Chevalier 312.
Cholmogorow 97.
Cholzow 266.
Ciesielski 85.
Clark 205.
Codivilla 114.
Cohn 85.
Cohnheim 47.
Colla 6.
Colley 117, 131.
Combemale 21.
Comby 59.
Couture 211.
Cramer 26, 100, 174.
Credé 262
Crippa v. 246.
Czerny 80, 216, 228, 248.

**D.**

Davidsohn 256.
Daxenberger 78, 262.
Dehio 142.
Demidow 86.
Demons 58.
Dennstadt 9.
Desfosses 294.
Determann 32.
Dieudonné 12.
Dieulafoy 19.
Dixon 39.
Doléis 99.
Donath 146, 212.
Dor 194.
Dore 167.
Döderlein 207.
Dreesmann 152.
Dreyfuss 251.
Du Castel 166.
Dührssen 2, 107.
Dworetzky 6.

**E.**

Ebstein 51, 244.
Edel 4.
Edlefsen 86.
Ehret 93.
Ehrlich 145.
Ehrmann 233, 254.
Eichhorst 298.
Einhorn 49, 71, 182.
Eiselsberg, v. 112, 131.
Eitelberg 221.
Ekgren 188.
Elschnigg 189.
Emmerich 151.
Emmert 47.
Engel 309.
Engelmann 38.
Enke 183.
Ephraim 72.
Erb 299.
Erlach v. 206.
Erlenmeyer 210.
Escherich 248.
Eschle 84.
Esmarch v. 11.
Eustes 196.
Ewald 137, 175, 194, 244, 283, 315.
Ewart 42.
Ewersbusch 243.

**F.**

Falk 104, 118.
Fadyean 280.
Federn 149.
Fevrier 191.
Fiebig 5.
Fiedler 95.
Filatow 16.
Filippini 164.
Fink 139, 201.
Fischenich 251.
Flachs 248.
Flade 179.
Flatau 250.
Fleckemann 224.
Fleiner 179.
Fleischl 1.
Foeger 37.
Foges 3.
Foss 29.
Fournier 166.
Förster 5.
France 285.
Frank 7, 20, 69.
Franke 89, 229.
Frankl-Hochwart v. 73.
Fraser 110.
Fränkel 5, 164, 175, 283, 285, 302, 310, 318.
Freudenthal 159.
Freudweiler 119.
Freund 68, 254, 284, 307.
Freyer 241.
Friedeberg 259.
Friedländer 19, 23, 42, 198, 235.
Friedmann 83.
Friedrich 19.
Frieser 125, 142, 156.
Fritz 65.
Fronz 248.
Frühwald 82.
Fuchs 316.
Funke 212.
Fürbringer 76, 170, 247 287.
Fürst 143.

**G.**

Gabritschewsky 59.
Gallois 158.

Digitized by Google

Garnault 289.
Garré 171.
Garrod 113.
Gassner 39.
Gaucher 269.
Gaudenz 75.
Gautier 157.
Gähtgens 50.
Gebele 38, 50.
Geiringer 132.
Genoud 167.
Gerber 65.
Gerbmann 72.
Geret 129.
Gernsheim 248.
Gersuny 20, 84, 155.
Gilbert 160, 166.
Gilles de la Tourette 211.
Gluck 170.
Gluzinski 1.
Goelet 313.
Goetsch 285.
Goilaw 200.
Gold 16.
Goldberg 127.
Goldmann 1, 10, 34, 241, 263, 291.
Goldscheider 68, 137, 299.
Golubinin 139.
Goniew 16.
Gottlieb 136.
Gottschalk 22, 59.
Gottstein 79.
Götzl 306.
Graul 23, 325.
Gräupner 136.
Gregor 82.
Grenet 9.
Grósz 60.
Grödel 138.
Grunow 38.
Grün 78.
Grüneberg 66.
Grünfeld 270.
Guéniot 99.
Guérard v. 209.
Guiard 36, 242.
Gumprecht 51.
Guttmann 286.
Gutzmann 264.

## H.

Habart 89.
Habgood 151.
Hackmann 160, 320.
Hagenbach-Burkhardt 154, 256.
Hagenberg 2.
Hagen-Torn 247.
Hahn 39, 228, 232.
Halle 288.
Hallion 79.
Hallopeau 166, 172.
Hamburger 275.
Hammelbacher 39.
Hammerschlag 296.
Harmer 203.
Hartogh 54.
Hartz 268.
Hasse 162.
Hatch 159.
Hauser 83.
Hägler 319.
Hämig 15.
Häubler 44.
Hecht 222.
Heelas 39.
Heermann 43, 223, 225.
Heftler 28.
Hegar 108.
Heilmann 157.
Heimann 44.
Heine 194.
Heinrich 131.
Heinze 198.
Hellbig 162.
Heller 30, 281.
Hellmer 7, 67, 169.
Henle 239.
Hennemann 264.
Herczel v. 230.
Heron 285.
Herrnheisen 23.
Herzfeld 70, 145.
Hess 194.
Hesse 180.
Heubner 46, 256, 283.
Heusner 117.
Heuss 268.
Hildebrand 293.
Hillringhaus 157.
Hippel 194.
Hippius 83.
Hirsch 134, 256, 268.
Hirschberg 165.
Hirschfeld 55.
Hirschl 5.
His 120.
Hochenegg 19
Hochhaus 133.
Hoedlmoser 287.
Hofbauer 99.
Hofmann 197.
Hofmeister 173.
Hoke 254.
Holländer 226.
Holz 61.
Honl 305.
Honsell 117, 318.
Hopkins 222.
Hoppe-Seyler 55.
Högyes 174.
Huchard 139.
Hueppe 281.
Hugel 178.
Huppert 308.
Hutschinson 316.

## I u. J.

Jacob 190, 277.
Jacobi 81, 132.
Jacobitz 11.
Jacobson 222, 236, 244.
Jaenicke 224.
Jaksch v. 219, 254.
Jaquet 32.
Jardine 107.
Jauregg v. 5.
Jawein 147.
Jaworski 180.
Jelinek 60.
Jendrássik v. 10.
Jesionek 124.
Jež 84, 298.

Digitized by Google

Joachimsthal 258.
Joffé 245.
Jolly 97, 243.
Jordan 191, 206.
Joseph 42, 125.
Italia 98.
Juliusberg 274.
Junius 42.
Iwanow 186.

**K.**

Kaposi 18, 66, 256.
Kapsammer 230.
Karewski 117, 309.
Kassowitz 5, 248.
Keen 303.
Kehr 95.
Keilmann 105.
Keller 82, 210.
Kelling 40.
Kenzie 203.
Kesterer van 105.
Kindler 67.
Kingscote 39.
Kionka 26.
Kirchner 22, 204.
Kisch 87, 121.
Kitashima 146.
Klaussner 230.
Klemm 14, 82.
Klemperer 1, 54, 65, 119, 122, 126, 128, 220, 256.
Klien 104.
Kluczenko 12.
Knapp 124.
Knorre v. 105.
Knöspel 61.
Koch 184, 279, 285.
Kocher 267.
Kokkoris 313.
Kolle 232,
Kopp 61.
Korányi v. 11, 215.
Korczynski v. 75.
Kóródi 320.
Korteweg 216.
Köhler 290.
Kölbl 121.
König 115, 181, 266.
Königsberger 248.
Körte 17, 169, 175.
Kövesi 74.
Krafft-Ebing 5.
Kraft 217.
Kramer 309.
Kraus 64.
Krause 287, 298.
Krawkoff 157.
Krebs 315.
Krecke 312.
Kreitner 50.
Krogius 18.
Krokiewicz 247.
Kromayer 66.
Kronacher 187.
Kronenberg 267.
Kronfeld 263.
Krönig 127.
Krulle 43.
Krumbein 147.
Kuck 35.
Kudinzew 241.
Kust 148.
Kuh 1.
Kuhn 39, 96, 264, 319.
Kurt 212.
Kümmell 13, 17, 50, 165, 215, 217, 224, 240.
Küster 122, 216.
Küttner 311.

**L.**

Lachmann 317.
Ladyschensky 302.
Lafond-Grellety 213.
Lancereaux 9.
Landau 3, 22, 209.
Landerer 286.
Landsteiner 146.
Langes 85.
Langstein 248.
Lantos 307.
Lanz 17.
Lapayre 251.
Laquer 35, 169, 316.
Lassar 205.
Latinen 5.
Latzko 20, 101.
Lauper 293.
Lazarus 190.
Lebbin 78.
Ledermann 162, 243.
Lejars 303.
Lemoire 300.
Lenhartz 50, 70, 134, 170. 298.
Lennander 198.
Leo 248.
Lera 152.
Leslie 39.
Lesser 166, 245.
Leube v. 77.
Leusser 27.
Lexer 213.
Leyden v. 54, 171, 190, 193 203, 204, 249, 256, 271 287,. 315.
Lichtenauer 90.
Lilienfeld 235.
Lindemann 168.
Lindner 28.
Link 173.
Liporoski 272.
Lister 280.
Litten 4.
Loeb 229.
Loebisch 306.
Loewald 254
Lorenz 116, 257.
Lortet 167.
Löwenfeld 209.
Löwenhardt 36.
Löwensohn 288.
Löwy 157, 316.
Löffler 204.
Lublinski 291.
Luciani 37.
Ludloff 115.
Luff 113.

**M.**

Maass 130.
Mailand 225.
Malarsie 99.
Manasse 23.

Digitized by Google

Mandl 3.
Mangoldt v. 114.
Mann 103.
Manson 183.
Marckl 79.
Marcuse 30.
Marinesco 194.
Márkus 64.
Marschalko 125.
Martens 266.
Martin 68, 103, 208.
Martinet 181.
Martins 278.
Marwedel 228.
Mathieu 303.
Mauclaire 295.
Maunsell 176.
Mauquat 202.
Meffert 289.
Mendel 270.
Mendelsohn 160.
Menzer 64, 249.
Mertens 112.
Mesnil du 27.
Metalnikoff 146.
Metschnikoff 16.
Meyer 4, 149, 156, 230, 232, 249, 263, 291.
Michaelis 79.
Mikulicz v. 191, 198, 205, 314.
Mikusson 61.
Minin 168.
Mohr 95, 124.
Mond 110.
Monti 248.
Moraczewski v. 1.
Morgenroth 282.
Moris 167.
Moritz 50, 215.
Mory 32.
Moskowicz 198, 229.
Mostkoff 291.
Moure 91.
Möbius 192.
Möller 272. 305.
Müller 13, 69, 129, 213, 258, 259.
Müry 187.

**N.**

Nagel 101.
Naunyn 55, 138, 165.
Neisser 125, 245.
Netter 59, 88.
Neumann 141, 176, 195, 315.
Neusser 65.
Neustab 219.
Nicoll 112.
Niebergall 58.
Niessen 124.
Nikitin 11.
Ninin 227.
Njemtsdonkow 221.
Noorden v. 53, 57, 68, 306,
Nothnagel 161.
Nottebaum 39.
Nusch 132.

**O.**

Ochsner 130.
Oeder 128.
Oehler 292.
Olshausen 189.
Ortolani 296.
Osler 303.
Otradinski 181.
Ott v. 231.
Overlach 45.
Owen 294.

**P.**

Pagenstecher 143.
Pajic 26.
Pál 236.
Pannwitz 277, 282.
Paravicini 188.
Pariser 93.
Park 60.
Parkes 303.
Paul 13.
Paulesco 23.
Pawlowsky 147.
Payr 173.
Pässler 237.
Peroudi 99.
Perthes 70.
Petersen 132, 312.
Petzold 238.
Pfalz 261.
Pfannenstiel 46, 230.
Pflüger 43, 48.
Pfungen v. 132.
Pifl 223.
Pincus 317.
Piotrowski 38.
Piquaud 9.
Plato 7, 125.
Plehn 62, 185.
Poehl, v. 25, 216.
Polack 13, 50.
Polano 34.
Pollaco 302.
Pollak 113, 287.
Pollatschek 29.
Polubogatow-Halbreich200.
Poncet 314.
Pool 274.
Porges 85.
Porter 121.
Posner 240.
Prechtl 163.
Preisach 288.
Pribram 16, 48, 58.
Prochownik 98.
Pusinelli 50.

**Q.**

Quincke 161.

**R.**

Raab 139.
Radziewski 148.
Rahn 155.
Ranke 74.
Ráskai 35.
Reclus 200.
Rehn 16.
Reiche 284.
Reichel 219.
Reichelt 1.
Reidhaar 102.
Reismann 307.
Rejchmann 94.
Reuss v. 140.
Reynier 58.



Digitized by Google

Rhoden 54.
Richardson 94.
Richter 120, 214.
Rideal 303.
Riedel 94.
Riegel 75.
Riehl 270.
Riley 201.
Rille 155.
Ritter 316.
Robin 235.
Robinson 151.
Robson 176, 227.
Rose 136, 291.
Rosenberger 18.
Rosenfeld 6, 148, 162, 276.
Rosenheim 76, 165, 176.
Rosenstein 138.
Rosin 13.
Rost 64.
Rostowzew 272.
Roth 150.
Rothschild 89, 236.
Rovere 28.
Röhmer 230.
Römer 144, 275.
Rudolph 278.
Ruge 62.
Ruhemann 277.
Rumpel 50.
Rumpf 9, 174, 283, 298.
Rydygier 176.

**S.**

Saalfeld 42, 158.
Sachse 65.
Sackur 72.
Sahli 137, 310.
Salge 81.
Salomon 87, 314.
Salus 306.
Salvioli 158.
Sander 243.
Sarafidus 250.
Sarbó 271.
Sarfert 116, 170.
Sarwey 13, 111.
Satoux 272.
Sänger 141, 151.
Scanzoni v. 108.
Scaschard 172.
Schafer 203.
Schaller 208.
Schanz 132, 258.
Schauta 3.
Schäffer 97, 269.
Schede 113.
Scheffels 273.
Scheffer 128.
Schenk 151.
Scheur 64.
Schieck 286.
Schiefferdecker 246.
Schiff 62, 254.
Schinzinger 201.
Schlagintweit 240.
Schlechtendahl 154.
Schleich 304.
Schlesinger 182.
Schlossmann 248.
Schlöss 73.
Schmid-Monnard 52.
Schmidt 48, 83, 225.
Schmidt-Rimpler 37, 47.
Schmorl 106.
Schnirer 273.
Schnitzler 20.
Schoch 173.
Scholz 253, 298.
Schottmüller 298.
Schoedel 98.
Schoeler 139.
Schönenberger 6.
Schönstädt 76.
Schreiber 2, 78. 314.
Schreuer 75.
Schuchardt 207.
Schudmak 22.
Schuhmann-Leclerq 75.
Schulthess 299.
Schulz 192.
Schulze 226, 305.
Schumm 54.
Schüle 179.
Schütze 148.
Schwabach 222.
Schwalbe 187.
Schwarz 58, 201.
Schwarzbart 87.
Schwarzenbeck 138.
Schweizer 220.
Schwersenski 308.
Sederholm 253.
Seifert 39, 251.
Selberg 197.
Séllei 255.
Senator 24, 32. 64, 76, 177, 249, 256.
Senn 94, 319.
Sevestre 251.
Sexer 272.
Shukowsky 247.
Siebourg 242.
Siefart 265.
Siegert 153.
Siegfried 135.
Sihle 211.
Silex 85.
Simon 56, 216, 237.
Simpson 306.
Singer 249.
Sjörgen 253.
Sloan 259.
Smith 39, 300.
Snegireff 32.
Sniell 144.
Sobotta 252.
Solt 303.
Sommerfeld 156.
Sonnenberger 51.
Sonnenburg 17, 18.
Sorgo 10.
Soxhlet 81.
Sörensen 178.
Spaeth 40.
Spengler 12.
Spiegler 67.
Spiess 159.
Sprak 99.
Ssaweljew 49, 236.
Ssamtschuk 274.
Sseredinski 110.
Stadelmann 87, 244, 290.
Stahr 129.
Stapler 208.
Stange 299.
Stasinsky 140.

Digitized by Google

Stekel 121.
Steinhardt 183.
Steffel 308.
Steinthal 252.
Stengel 8.
Stepp 239.
Stern 268.
Sternberg 73, 220.
Sternfeld 121.
Sthamer 311.
Stifler 27.
Stille 50.
Stiller 48.
Stockmann 26.
Stolz 93, 111.
Strachan 152.
Strasser 57.
Strassburger 48, 291.
Strauch v. 106.
Strauss 177, 218.
Strobel 167.
Strogonoff 108.
Strubell 218.
Strümpell v. 193.
Sudeck 196.
Suter 306.
Szántó 305.
Szegö 33.
Szili 24.

T.

Tagesson-Möller 237.
Talamon 239.
Talma 93.
Tarabrin 316.
Tauszk 193.
Tavel 147.
Tenderich 90.
Terrien 122.
Teschenmacher 57.
Teuscher 259.
Teveles 197.
Theilhaber 63.
Thiemich 72.
Thiriar 91.
Thomas 248.
Thomson 3
Thöle 196.
Timeu 301.
Titoff 15.
Torggler 207.
Toulose 73.
Trunecek 22.
Trzebitzky 200.
Tuffier 199
Turck 180.
Tuszkai 306.

U.

Ullmann 305.
Unna 118, 143, 163, 203.
Unverricht 137.
Urbantschitsch 222, 252.

V.

Vaguez 301.
Vail 262.
Valentine 13, 126.
Veit 103.
Vermes 23.
Vetlesen 77.
Viollet 250.
Virchow 280.
Vogel 101.
Voges 195.
Volland 290.
Vulpius 116, 160.

W.

Waldo 66.
Walko 219.
Wanke 156.
Washbourn 299.
Wassermann 145.
Watten 312.
Weber 32, 228.
Weichselbaum 249.
Weismayr v. 289.
Weiss 141, 221.
Welp 165.
Wenhardt 244.
Werner 26, 129, 155.
Wertheim 207.
Westphalen 50.
Wicherkiewicz 123, 199.
Wiener 90.
Williams 102, 284, 285.
Wilms 164.
Winckel 103.
Winckler 58, 72.
Winterberg 65.
Winternitz 271.
Wirschubsky 75.
Withehead 212.
Witmer 192.
Witthauer 53, 133, 162.
Wladimiroff 263.
Woerz v. 206.
Wolff 89, 91, 287.
Worobjew 22.
Wölfflin 244.
Wunik 261.
Wyder 107.
Wyss-Flury 50.

Y.

Yeo 291.

Z.

Zabludowski 260.
Zahradnicky 177.
Zaufal 223.
Zeidler 177.
Ziegelroth 135.
Ziemann 186.
Zimmermann 315.
Zuckerkandl 36.
Zuntz 86.
Zweifel 38, 109.



Digitized by Google

# Sach-Register.

## A.


Abhärtungscuren für Kinder 33.
Abnabelung 111.
Abortus, Behandlung des 87.
— Indicationen des künstlichen 97.
— habitueller 98.
Acetonausscheidung 75.
Acetopyrin, ein Antineuralgicum und -pyreticum 1.
Acidosis, diabetische 55.
Acne, behandelt mit Fanghi di Sclafani 1.
Acoin in der zahnärztlichen Praxis 319.
Acromegalie, behandelt mit Schilddrüsenpräparaten 1.
— — — Epiphysistabletten 1.
Actol zur Wundbehandlung 263.
Aderlass, Indicationen zum 1.
— bei Urämie 2.
Adnexerkrankungen, Operationsmethoden bei 2.
— Belastungstherapie bei 2.
Aethernarkose, coupirte 196.
Airol in der Augenheilkunde 23.
Airolpaste 318.
Albargin bei Gonorrhoe 125.
Alboferrin 65.
Albuminurie bei Darmerkrankungen 48.
Aleuronat 58.
Alkohol, Wirkung des 4.
— Giftigkeit des 5.
— Einfluss auf die Widerstandsfähigkeit 5.
— — — der Europäer in den Tropen 5.
Alkohol und Geisteskrankheiten 5.
— bei fieberhaften Zuständen 161.
— bei Kindern 5.
— Marmorseife 13.
Alkoholismus, Suggestion und Hypnose bei 6.
Alkoholverbände 7.
Alopecie, Behandlung der 7.
Alterstaar, Operation des 75.
Amputation bei Phlegmone 8.
Anämie, perniciöse 8.
— behandelt mit Kaliumsalzen 9.
Aneurysmen, Gelatinebehandlung der 9.
Angina, Kaupastillen bei 10.
Anstrichfarben, Verhalten gegenüber Bakterien 11.
Antipyrese, chemische 11.
Antipyretica bei Infectionskrankheiten 147.
Antistreptococcenserum bei Puerperalfieber 109.
— Herstellung des 147.
Anurie, calculöse 217.
Apocynum cannabinum 139.
Appendicitis. Aetiologie der 14.
— nach acuten Allgemeinerkrankungen 14.
— Opiumtherapie der 15.
— Alkoholumschläge bei 16.
— hervorgerufen durch Helminthen 16.
— Operation bei 16.
— conservative Behandlung der 17.
— Operationsmethoden bei 19.
Aqua magnesiae effervescens 180.
Argentamin bei Gonorrhoe 125.


Digitized by Google

Aristol bei Heufieber 139.
Arsen bei Hautcancroid 205.
Arsenneuritis, Erfahrungen über 21.
Arsonval'sche Ströme 67.
Arteriosclerose, Behandlung der 21.
— behandelt mit anorganischem Serum 22.
— des Pankreas 54.
Arthritis deformans coxae 115.
— rheumatica 114.
Ascendirende Gonorrhoe 127.
Aseptische Morphiumspritze 13.
Aspirin in der Augenheilkunde 22.
— — — Kinderpraxis 22.
— bei Chorea 22.
Asterol, ein Desinficiens 23.
Atropin bei Ileus 50.
Autoextubation, Verhütung der 154.

**B.**

Bacillol, ein Desinficiens 26.
Bakteriolysis 146.
Balantidien 49.
Balneologische Erfahrungen über Karlsbader Wässer 29.
Basicin, eine Coffeïn-Chinin-Verbindung 34.
Bauchmassage 188.
Bauchwandhernien, Operation der 131.
Beckenexsudate, behandelt mit Heissluftapparat 34.
Belladonnavergiftung 152.
Bestrahlungsapparate, Wirkung der 168.
Beutelpelotte, elastische 132.
Bismutose, ein Adstringens und Tonicum 35.
Blasenaffectionen, Antipyrinlösung bei 36.
Blasengeschwülste, endovesicale Operation von 36.
Blasensteine, Zertrümmerungsmethoden von 36.
Blaud'sche Pillen 64.
Blenorrhoea neonatorum, Itrol bei 37.
— — Protargol bei 38.
— — Argentum aceticum bei 38.
Blutstillung durch Gelatineinjection 38.
Blutungen nach Tonsillotomie 39.
Boagipsschiene 310.
Brechdurchfälle Erwachsener 53.
Bromeigon gegen Erectionen 42.
Bromocoll, ein Antiepilepticum 42.
Bronchialerkrankungen, Lagerung bei 42.
— Künstliche Atmung bei 42.
Brüche, eingeklemmte 131.
Bulbusoperationen, offene Wundbehandlung bei 44.
Buttermilch für Säuglingsernährung 81.

**C.**

Calomel als Diureticum 245.
Campherinjection 44.
Carbolsäure bei septischen Wunden 318.
Carcinom und Schwangerschaft 111.
Caseïnbrot 78.
Catguteiterung 319.
Chaulmoograöl bei Lepra 166.
Chinasäure bei Gicht 120.
Chinininjectionen, subcutane 45.
— bei Puerperalfieber 109.
Chinosol, blutstillende Wirkung des 39.
Chloroformnarcose 197.
Chlorose behandelt mit Fersan 64.
— — — Triferrin 65.
Choclon, eine vegetabilische Milch 46.
Cholelithiasis, medicamentöse Behandlung der 93.
— operative Behandlung der 94.
Chorea, eine infectiöse Erkrankung 46.
Cocaïnisirung des Rückenmarks 199.
Collargolum als inneres Antisepticum 262.
Conservirung von Nahrungsmitteln 80.
Coxalgie, Behandlung der 294.
Coxitis tuberculosa 114.
Croup, Brechmittel bei 61.
Crymotherapeutisches Verfahren 181.
Cupragol bei Bindehautcatarrh 47.
Curettement der Blase 35.

**D.**

Darminvagination 177.
Darmresorption 47.
Darmverschluss, acuter 177.
Dermosapol, eine Seifenmasse 54.
Diabetikerbrote 58.
Diabetes, Pathologie und Therapie des 56.

Digitized by Google

Diabetes, Milchdiät bei 57.
— Opium bei 57.
— Salol bei 57.
— gluconsaures Natron bei 58.
Diabetische Acidosis 55.
Diätcuren in der Schwangerschaft 98.
Dickdarmtuberculose, operative Therapie der 178.
Digitalisdialysat 138.
Digitalismus 138.
Digitaliswirkung 137.
Digitoxin 138.
Dionin bei Keuchhusten 59.
— bei Augenleiden 24.
Diphtherie, Prophylaxe der 59.
— Heilserumbehandlung der 60.
Dormiol bei Geisteskrankheiten 61.
Douglasabscess, Operation des 20.
Dymal, ein Wundstreupulver 61.
Dysenterie, Behandlung der 62.
— salinische Mittel bei 62.
— Ipecacuanha bei 62.
Dysmenorrhoe, Cocaïnisirung der Nasenschleimhaut bei 63.
— operative Behandlung der 63.
— behandelt mit Eumenol 85.

## E.

Eisentropon 65.
Ekzembehandlung 66.
Ekzema pustulosum, behandelt mit roten Sonnenstrahlen 67.
Ektopische Gravidität 105.
Eklampsiebehandlung 106.
Elektrisches Licht, Wirkung des blauen 168.
Elektrische Lichtbäder 314.
Enges Becken, Geburt beim 100.
Endocarditis, septische 134
Enteroptose, Behandlung der 70.
Enteritis membranacea 50.
Entfettungscur 80.
Entwickelung des nachfolgenden Kopfes 100.
Enucleation des Augapfels 43.
Enuresis nocturna, Metallbougie bei 72.
— — nasale Obstruction und 72.
Enuresis nocturna, Massage bei 172.
Epilepsie, Einfluss der Nahrung auf die 73.
— Alkoholentziehung bei 73.
— chlorarme Diät bei 73.
— Resection des Halssympathicus bei 73.
Epididymitis, Guajacoltherapie der 127.
Epityphlitis, Einteilung der 17.
Erectionen, Bromeigon gegen 42.
Ernährung, rectale und subcutane 77.
— gesunder Kinder 80.
Erregungszustände, Dauerbäder bei 243.
Erysipel, Ichthyolpinselungen bei 84.
— Serumbehandlung des 84.
Eselsmilch für Säuglingsernährung 82.
Eucaïnacetat in der Augenheilkunde 85.
Eucaïn zu subarachnoidealen Injectionen 201.
Eumenol bei Dysmenorrhoe 85.
Eupyrin, ein Antifebrile 85.
Evisceration 44.
Extractum fluidum Condurango bei Magenkrankheiten 181.
Extrauteringravidität 105.

## F.

Fanghi di Sclafani bei Acne 1.
Fangotherapie 32.
Favus, behandelt mit Formalin 86.
Fersan bei Chlorose 64.
Fett zur Zuckerbildung 54.
Fettleibigkeit, behandelt mit Jodothyrin 87.
Fettherz 134.
Fischgräten, Entfernung von 91.
Finsen's Lichttherapie 166.
— — Lampe für 167.
Flötenschnabelbrüche 89.
Fluor albus, behandelt mit Hefeculturen 88.
Formaldehyddesinfection 12.
Formalinintoxication 152.
Fortoin, ein Antidiarrhoeicum 88.
Fracturen des Schädels 89.
Frühgeburt, Einleitung der 98.
Furunkel, behandelt mit Sauerstoff 91.

## G.

Gallenfistel 96.
Galle, baktericide Wirkung der 93.

Digitized by Google

Gallensteine, Darstellung von 93
— Röntgenstrahlen bei 94.
— chirurgischer Eingriff bei 94.
Gangrän der Diabetiker 58.
Gastroenterostomie bei Carcinom 177.
Gährungsdyspepsie, intestinale 48.
Gebärmutterblutung, Antipyrin-Salol bei 40.
Gebärmutterkrebs 206.
Gebärmutterzerreissung 103.
Gebärmutterstütze 307.
Gefrierpunktsbestimmung 215.
Gehirnabscess, operative Behandlung des 112.
Gelatinebehandlung der Aneurysmen 9.
— bei Ernährungsstörungen Neugeborener 82.
Gelatine-Injectionen bei Lungenblutung 39.
— — bei Nierenblutung 39.
— — bei Nierenbeckenblutung 39.
Gelenkerkrankungen, chronische 113.
Gelenktuberculose 293.
Genu valgum adolescentum 117.
Gewürze, Einfluss auf die Magenthätigkeit 75.
Gicht, eine Constitutionskrankheit 119.
— behandelt mit Urosin 121.
— — — Kalkwässern 121.
— Fischkost bei 122.
— behandelt mit Chinasäure 120
Gicht-Heilmittel 119.
Glaukom, Sympathicusresection bei 123
— behandelt mit Myoticis 123.
— hervorgerufen durch Euphthalmin 124.
Globulysis 146.
Glutol, ein Antisepticum 124.
Gluton 79.
Glühlichtkasten 169.
Glykosurie, leichte Formen von 55.
Gonorrhoe, behandelt mit Protargol 124.
— — — Argentamin 125.
— — — Albargin 125.
Guajacoltherapie der Epididymtis 127.

## H.

Haemarthros genu 116.
Hämorrhoiden, Steisshochlagerung bei 128.
Hämorrhoiden, Keulenpessar bei 128.
Hammerzehe, Behandlung der 117.
Harnröhrenstricturen, Behandlung der 266.
Hautjucken, behandelt durch Kälte 129.
Hautkrankheiten, behandelt mit Spannungselektricität 68.
Händedesinfection 13.
Hedonal, Schlafwirkung des 129.
Hefeculturen bei Fluor albus 88.
Heissluftbehandlung, Wirkung der 314.
Heissluftapparat nach Bier 316.
Hernien, Entstehung bei Kindern 130.
— Radicaloperation kindlicher 130.
Heroin, hustenreizstillende Wirkung des 132.
— bei Neuralgien 133.
Herzbeutel, Paracentese des 136.
Herzcompressor 136.
Herzkrankheiten, functionelle 133.
Herzmassage 135.
Herzstützapparate 136.
Herzheilbäder 27.
Hodentuberculose 295.
Hornhauterosionen 140.
Hornhautgeschwüre, septische 141.
Höhenklima, Wirkung des 32.
— im Winter 32.
Hüftgelenksentzündung, gonorrhoische 115.
Hüftgelenksverenkung, angeborene 114.
— blutige Behandlung der 173.
Hühnereier, Nährwert der 78.
Hydrops, Apparat zur Behandlung des 142.
Hypophysistabletten bei Akromegalie 1.
Hysterie, behandelt mit Methylenblau 213.

## I und J.

Ichthargan bei Gonorrhoe 143.
Ichthoform bei Hautaffectionen 143.
Ichthyol in der Gynäkologie 142.
— — — Augenheilkunde 143.
— bei Erysipel 84.
Idiotismus, sporadischer 195.
Idiotisch Blödsinnige 144.
Igazol bei Tuberculose 288.
Ileus, behandelt mit Atropin 50.
— — — Opium und Belladonna 50.

Digitized by Google

Immunitätsforschung 144.
Impression des vorangehenden Kopfes 100.
Infantilismus, Schilddrüsentherapie des 224.
Infection, tötliche 148.
Infektionskrankheiten, Massregeln gegen 149.
Infiltrationsanästhesie 198.
Influenza, Blutdruck bei 149.
— Behandlungsmethode der 150.
— Prophylacticum gegen 151.
— Catarrh des Mittelohrs 24.
Inhalationstherapie 151.
Intestinalblutung, Lufteinblasung bei 40.
Intubation, gegenwärtiger Stand der 153.
— Instrumentarium für die 155.
— und Tracheotomie 153.
Intubationstrauma 153.
Jodipin als diagnostisches Mittel 155.
— bei Syphilis 155.
— bei Ischias 156.
— bei Struma 156.
Jodoformplombe 320.
Jodolen, ein Wundheilmittel 156.
Jodtinctur bei infectiösen Wunden 318.
Jodylin, Ersatz für Jodoform 156.
Irrigator in der Urologie 13.
Ischias, behandelt mit Chloralhydrat 213.
— operative Behandlung der 213.
Itrol bei Blenorrhoea neonatorum 37.

## K.

Kaiserschnitt, Indication zum 103.
— vaginaler 107.
Kakodylsaures Natrium bei bacillären Erkrankungen 157.
— — bei Hautkrankheiten 158.
— — bei chronischer Bronchitis 158.
Kalkwässer bei Gicht 121.
Karlsbader Mineralwässer, Erfahrungen über 29.
Kauakt, Bedeutung für die Magensaftsecretion 75.
Kaupastillen bei Angina 10.
Kefirdiät 79.
Kehlkopftuberculose, behandelt mit Milchsäure 159.
— — — Menthol-Orthoform-Emulsion 159.
Kehlkopftuberculose, behandelt mit Europhen 159.
Keratalgia traumatica recurrens 139.
Keratomalacie 141.
Keuchhusten, behandelt mit Dionin 59.
— — — Orthoform 160.
— — — Diphtherieheilserum 160.
Keulenpessar bei Hämorrhoiden 128.
Kindermilch-Kochtopf 163.
Klumpfuss, modellirendes Redressement bei 160.
Knieankylosen 116.
Kniecontracturen tuberculöser Natur 117.
Kniescheibenbrüche 90.
Knochennaht 89.
Knochenplombe bei Caries 160.
Kohlensäurebäder bei Herzkrankheiten 28.
Kolpeurynter, Anwendung des 101.
Korpulin, ein Entfettungsmittel 87.
Krankenpflege lipomatöser Individuen 87.
Krebs, Todesfälle an 204.
Krebsforschung, Comité für 204.
Krebssaft, mikroskopische Befunde im 204.
Kropfexcision 267.
Kumystherapie der Tuberculose 288.

## L.

Lactovegetabilische Diät 76.
Lanoformstreupulver 265.
Lebercirrhose, Operation bei 165.
Leberruptur, Behandlung der 164.
Leberthran, brausender 234.
Lecithin bei Tuberculose und Neurasthenie 166.
Lehmbäder, Anwendung der 32.
Leistenhernien, Radicaloperation weiblicher 131.
Lepra, behandelt mit Chaulmoograöl 166.
Leukoplakia syphilitica 270.
Lichen, behandelt mit Epicarin 73.
Lichtkastenbäder, elektrische 315.
Lindemann'scher Apparat 315.
Lokalanästhesie 198.
Localekzem, Behandlung des 67.
Lufteinblasung bei Intestinalblutungen 40.
Lungencavernen, Operation bei 170.
Lupus, Behandlung nach Unna 171.

Digitized by Google

Lupus, behandelt mit Formalin 172.
— — — Kalium hypermanganicum 172.
— erythematodes, behandelt mit elektrischen Strömen 172.
Lymphome, tuberculöse 296.
Lysoform, ein Desodorans 174.
Lyssa, Revaccination bei 174.
Lysulfol bei Hautkrankheiten 179.

M.

Magenaffectionen uterinen Ursprungs 307.
Magenausspülungen, Indication für 181.
— bei Säuglingen 182.
Magenblutungen, behandelt mit Nebennierenextrakt 39.
— -occulte 178.
Magencarcinom 205.
Magengeschwür, operative Behandlung des 175.
— perforirtes 176.
— Folgen des 175.
— mit Pylorusstenose 176.
— Anwendung des Magenschlauchs bei 179.
Malaria, Uebertragung der Plasmodien bei 183.
— Immunität gegen 185.
— Prophylaxe der 185.
— Wirkung des Chinins bei 186.
— behandelt mit salpetersaurem Natrium 186.
— Richtigkeit der Mosquitolehre 187.
Malariaexpedition 184.
Malzsuppe für Säuglinge 82.
Mammacarcinom, Röntgenstrahlen bei 205.
— Ovariotomie bei 205.
Maschinennähen 118.
Masernotitis, Prophylaxe der 221.
Massage, abdominelle 188.
— gynäkologische 189.
— in der Augenheilkunde 189.
Mastitis, Prophylaxe der 187.
Medullarnarcose bei Gebärenden 99.
Melli-Walcher'sche Lage 99.
Ménière'scher Symptomencomplex 212.
Meralgia paraesthetica 236.
Meteorismus, behandelt mit Physostigmin 53.
Metreuryse 102.
Migräne, Behandlung der 211.
Milchintoxicationen 51.
Milchsterilisirung im Hause 81.
Milzvergrösserung bei Infectionskrankheiten 147.
Milzzerreissung, operative Behandlung der 191.
Mittelohrentzündung, eitrige 221.
— Heissluftbehandlung bei chronischer 221.
— behandelt mit federnder Drucksonde 222.
Moorbäder, Wirkung der 29.
Morbus Basedowii, Operation bei 191.
— — Serumbehandlung des 192.
Morphin als Herzmittel 139.
— Dosirung im Greisenalter 193.
Morphiumspritze, aseptische 13.
Mutase 78.
Myasthenia gastrica 180.
Myelasthenie, Gipscorsett bei 213.
Myelitis, Formen der 193.
— Aetiologie der 193.
Myom, Totalexstirpation bei 209.
Myomenucleation 208.
Myopie, Vollcorrection der 194.
Myxödem, Organotherapie des 194.

N.

Nabelbrüche, Operation der 131.
Nachwehen, behandelt mit Salophen 111.
Naftalan gegen Moskitostiche 195.
Narbenschrumpfblase 35.
Narkosegemisch nach Schleich 197.
Narkosenfrage, Comité zum Studium der 196.
Nährzucker 81.
Nebenhöhle der Nase, Erkrankungen der 150.
Nebennierenextract bei Magenblutung 39.
— bei Haematurie 39.
Nephritis, Spalten der Nierenkapsel bei 216.
— diätetische Behandlung der 219.
— Aderlass bei 219.
— behandelt mit Methylenblau 219.
Nephrolithiasis, gastrointestinale Erscheinungen bei 220.

Digitized by Google

Nervenkranke, Luftcuren für 209.
— Bergsteigecur für 210.
— Beschäftigung der 210.
Nervöser Husten, Uebungstherapie bei 212.
Nervocidin 320.
Neurasthenie 211.
Nierenchirurgie, heutiger Stand der 216.
Nierenerkrankungen, functionelle Diagnostik bei 214.
Niereninsufficienz, Gefrierpunktserniedrigung bei 215.
Nierensteine, Diagnose der 216.
Nierentuberculose, chirurgische Behandlung der 216.

**O.**

Obturationsileus 50.
Oeleingiessung, Apparat für 50.
Oelirrigator 50.
Opiumtherapie der Appendicitis 15.
Orthoform, Nebenwirkungen des 225.
Osteomalacie, behandelt mit Heissluftbädern 225.
— Castration bei 226.
Ovarialpräparate bei castrirten Frauen 224.
Ovarialtumor, Schwangerschaft bei 110.
Oxaluriker, Diät der 220.
Ozaena, behandelt mit Phenolum natrioricinicum 251.
— — — Methylenblau 251.

**P.**

Panaritium, conservative Behandlung des 226.
Pankreas, Arteriosclerose des 55.
Pankreasabscess 228.
Pankreascarcinom 229.
Pankreascysten 229.
Pankreasnekrose 227.
Pankreatitis haemorrhagica 228.
Pankreon bei Achylia gastrica 229.
Paraffininjectionen bei Incontinenta urinae 229.
— — Hemiatrophia facialis progressiva 230.
Parametritis, narbige 231.
Patellarfracturen 90.
Pellagra, Pathogenie der 231.
Pentosurie, Versuche bei chronischer 232.
Peritonitis 18.
— tuberculosa 291.
Perityphlitis, Behandlung der 15, 17.
Perniones, behandelt mit Epicarin 72.
Pessar bei Prolaps 162.
Pest, Schutzimpfung gegen 232.
Phosphaturie 235.
Phosphorprobe 247.
Pichi-Pichi bei Harnkrankheiten 235.
Pilocarpin, mydriatische Wirkung des 235.
Pleuritis, behandelt mit Aspirin 236.
Pleuralempyem, Therapie des 68.
Pneumin bei Tuberculose 236.
Pneumonie, Heilstadium der 237.
— hydriatische Behandlung der 237.
— heisse Bäder bei 238.
— manuelle Behandlungsmethode der 238.
— behandelt mit Chininjectionen 238.
— — — Aqua fluoroformii 239.
— — — Diphtherieheilserum 239.
— nach Laparotomie 239.
Porro-Operation 103.
Pravazspritze, aseptische 14
Priessnitz'scher Umschlag 30.
Prolapsoperationen 307.
Prolapsniere 313.
Prostatatomie nach Bottini 240.
Prostatahypertrophie, Resection der Vasa deferentia bei 241.
— Exstirpation der Prostata bei 241.
— Cystopexie bei 241.
Prostatitis, Klysmen bei 242.
Prostatablutung, behandelt mit Nebennierenextract 39.
Protargol bei Thränensackblennorrhoe 24.
— bei Gonorrhoe 124.
Protargollösung, Herstellung der 263.
Pruritus vulvae, Behandlung der 242.
Pseudarthrose der Vorderarmknochen 117.
Psoriasis, behandelt mit Pyrogallol 243.
— — — Creolinbädern 243.
Psychosen und Syphilis 243.
Pterygiumoperation 243.
Puerperalfieber, Behandlung des 168.
— Chininjectionen bei 109.

Digitized by Google

Puerperalfieber, behandelt mit Antistreptococcenserum 109.
— Operation nach Pryor bei 110.
Pulmoform bei Tuberculose 244.
Purgatol bei Obstipation 244.
Purgo, ein Ekkoprotikum 244.
Pustula maligna, behandelt mit Ichthyol 245.
Pylorusstenose 175.
Pyogene Mikroben 147.

**Q.**

Quecksilber und Jod, gleichzeitige Anwendung von 245.
Querlagen, Verfahren bei 101.

**R.**

Radfahren, Indication für das 246.
— bei Magenkrankheiten 247.
Reinigungsbäder bei Kreissenden 108.
Resaldol bei Diarrhoe 247.
Resorbinquecksilbersalbe 246.
Retroflexio uteri fixata 307.
Rhachitis, klimatische Einflüsse auf die 247.
— Phosphortherapie der 248.
— Nebennierensubstanz bei 240.
Rheumatismus, Erreger des acuten 249.
— Streptococcenbefunde bei 249.
— Angina und 249.
— Herzerkrankung nach 250.
— Petroleummassage bei 250.
Rhinitis chronica hypertrophicans 250.
— atrophicans foetida 250.
Rhinoplastik 251.
Röntgenstrahlen, Sammelreferat über 252.
— Wirkung auf die Haut 253.
Rückenmarksanästhesie 199.
Rückenmarkstumoren 113.

**S.**

Salochinin, ein Antipyreticum und -neuralgicum 45.
Salophen bei Nachwehen 111.
Salzsäure bei Ohrenkrankheiten 221.
Sandbad, Vorzüge des heissen 254.
Sanguinal Krewel 65.
Saponin, hämolytische Wirkung des 255.
Sauerstoff bei Furunkeln 91.
Sauerstoffinhalation bei Emphysem 256.
— — Herz- und Lungenkrankheiten 256.
— — Kindern 256.
— Mundstücke für 256.
Saugflaschen 83.
Scabies, Unguentum sulf. bei 256.
— Unguentum naphtholic. comp. bei 256.
Scarlatina, hygienisch-diätetische Behandlung der 256.
Schädeldefecte, knöcherne Deckung von 112.
Scheidenspüler 167.
Schichtstaar 44.
Schilddrüsenpräparate bei Acromegalie 1.
Schiefhals, unblutige Behandlung des 257.
Schlaflosigkeit, nervöse 258.
— behandelt mit faradischem Strom 259.
— auf Arteriosclerose beruhende 259.
Schleich'sche Spritzen 162.
Schnupfen, Behandlung des 251.
Schulterluxation 173.
Schussverletzungen 312
Schwarzwasserfieber 186.
Schwefelbäder in Zinkwannen 162.
Schwindelerscheinungen, Kopfkreissen bei 222.
Schwitzbäder 27.
Scopolamin-Morphium-Narkose 201.
Seborrhoea capitis, behandelt mit Epicarin 72.
Seehospizen für Kinder 32.
Seifenspiritus zur Desinfection 13.
Seitenkettentheorie 145.
Selbstmassage im Bade 188.
Serumtherapie, antidiphtheritische 60.
Siebold's Milcheiweiss 82.
Sitophobie 49.
Sommerdiarrhoen kleiner Kinder 52.
Sondirung, indirecte 264.
Sonnenbäder, Indicationen der 169.
Soolbäder bei Herzkranken 27.
Spannungselektricität bei Hautkrankheiten 68.
Speichelsecretion, Anregung der 148.
Spiritusverbände 7.
Splenomegalie mit Lebercirrhose 33.

Digitized by Google

Spinalanalgesie bei Kindern 200.
Sputumdesinfection mit Bacillol 26.
Stasis alimentaria 181.
Steatorrhoe 48.
Steinzertrümmerungsmethoden 36.
Steisshochlagerung bei Hämorrhoiden 128.
Stenose des Ileums, tuberculöse 178.
Sterilisation elastischer Katheter 13.
Strophanthus bei Herzleiden 138.
Struma, Jodoforminjection bei 167.
Subarachnoideale Cocaïninjection 99.
Subconjunctivale Injectionen mit Acoin 268.
Sublimatvaselin bei Hornhautgeschwüren 24.
Suprasymphysärer Fascienschnitt 46.
Sympathicusresection bei Glaukom 123.
Symphyseotomie 103.
Syphilis, Beginn der Allgemeinbehandlung bei 268.
— Injectionsbehandlung der 268.
— während der Schwangerschaft 269.

## T.

Tabes dorsalis, Monographie über 271.
— — Hydrotherapie der 271.
Tallermann'scher Apparat 315.
Tannoformstreupulver gegen Nachtschweisse 291.
Tendonzwirn 319.
Tetanus, Serumbehandlung des 272.
Tetranitrol bei Herzleiden 139.
Thiocol als Antidiarrhoicum 273.
Thoraxempyem, Aspirationsdrainage bei 69.
Thränennasengang, Stenose des 272.
Thränensack, Verödung des 273.
Thyreoidin bei Drüsenschwellung 224.
Thierbluttransfusion, Reaction nach 41.
Tinctura ferri Athenstaedt 64.
Trachealcanüle, trichterförmige 155.
Tracheotomie 61.
Trachom, Sublimatbehandlung des 275.
— Jequirity-Behandlung des 275.
Triferrin bei Chlorose 65.
Trigeminusneuralgie, operative Behandlung der 213.
Trinkerbehandlung 6.
Trionalintoxication 276.
Tropococaïn zu subarachnoidealen Injectionen 201.
Tropon, Versuche mit 78.
Tuberculin, diagnostische Verwendung des 285.
— bei Kniegelenkstuberkulose 286.
— — Iristuberkulose 286.
Tuberculose, Entstehung und Bekämpfung der 277.
— congenitale Uebertragung der 278.
— Veränderungen des Lungengewebes bei 279.
— der Kinder 279.
— Heilbarkeit 281.
— der Haut 282.
— und Milchgenuss 282.
— Errichtung von Heilstätten 282.
— Bekämpfung im Kindesalter 283.
— Seehospize für Kinder 283.
— Heilstättenbehandlung der 284.
— Indicationen für Seereisen bei 284.
— Hetolbehandlung der 286.
— behandelt mit Igazol 288.
— — — rohem Fleisch 289.
— hydriatische Behandlung der 289.
— Fieberbehandlung der 290.
— behandelt mit Pyramidon 291.
— — — Guajacolcarbonat 291.
— — — Ichthyol 291.
— — — Ichthyol-Creosotal 291.
Typhus, Frühdiagnose des 298.
— behandelt mit Antityphusextract 298.
— — — Chinin 299.
— — — kalten Bädern 300.
— Ernährungstherapie des 300.
— gemischte Kost bei 301.
— behandelt mit Ichthoform 302.
— — — Ichthyol 303.
— Darmperforation bei 303.

## U.

Ulcus cruris, behandelt mit Campher 305.
— — Bakteriotherapie des 305.
— — chirurgische Behandlung des 305.
— molle, behandelt mit Wundstreupulver 305.

Digitized by Google

Ulcus molle, behandelt mit Salicylsalbe305.
— — Wärmebehandlung des 316.
— ventriculi, Behandlung des 175, 179.
Ultraviolette Strahlen bei Tuberculose 168.
Unguentum Credé bei septischen Prozessen 262.
Unterernährung bei Herzaffectionen 135.
Urämie, Aetiologie der 218.
Urol bei Arthritis urica 306.
Urosin bei Gicht 121.
Urotropin, ein Harnantisepticum 306.
— bei Darmaffectionen 306.
Uterusgangrän 110.
Uterusmyome, Behandlung der 208.
Uterusruptur 104.
Ueberanstrengung, geistige 260.
Uebergiessungen 31.
Uebermüdungen 25.

**V.**

Vaginismus, Kolpeurynterbehandlung des 308.
Validol, ein Analepticum 308.
Valyl, ein Baldrianpräparat 26.
Vaporisation des Uterus 316.
Varicen, operative Behandlung der 309.
Variola, Lichtbehandlung der 309.
Vegetarische Ernährung 76.
Vegetationen, Jodtherapie der adenoiden 251.
Verletzung der Vena femoralis 310.
Vibrationsmassage bei Herzkrankheiten 135.
— — Ohrenkrankheiten 222.
Vier-Zellen-Bad 68.

**W.**

Wangenkrebs, Behandlung des 220.
Wilde'scher Schnitt 223.
Wirbelsäurencaries 294.
Wismuthbehandlung bei Ulcus ventriculi 179.
Wismuthintoxication 152.
Wochenbetterkrankungen, fieberhafte 108
Wundbehandlung im Kriege 317.

**Z.**

Zahnextraction 319.
Zestokausis 317.
Zimmerfahrrad 190.
Zimmtsäurebehandlung der Tuberculose 286.

Digitized by Google

Digitized by Google

# A.

**Acetopyrin.** Das Acetopyrin besteht nach Dr. Goldmann (Wien) aus Acetylsalicylsäure und Antipyrin. Es ist ein weissliches, krystallinisches Pulver, das in kaltem Wasser sehr schwer, in warmem Wasser leichter löslich ist. Verdauungsversuche, die mit dem Präparate vorgenommen wurden, ergaben, dass dasselbe den Magen zum grössten Teile unversehrt passirt und erst im Darme die Spaltung des Mittels unter Bildung von freier Salicylsäure eintritt. Das Präparat verursacht deshalb keine Störung in der Magenthätigkeit. Autor zog das Acetopyrin bei verschiedenen Krankheiten in Anwendung und rühmt sowohl seine prompte nachhaltige antipyretische, als auch seine eminent analgetische und sedative Wirkung als Nervinum. Dasselbe verursachte auch bei längerem Gebrauche nicht die geringste Schädigung der Einzelorgane oder des Gesammtorganismus.

Dr. Reichelt (Wien) erprobte das Mittel in 70 Fällen (47 Erwachsene und 43 Kinder). Ausser bei Rheumatismen verwendete er es bei Influenza, Migräne, Neuralgien (Ischias, Intercostalneuralgien u. a.). Die Dosis betrug für Erwachsene 0,5—1,0 g, für Kinder 0,15—0,5 mehrmals täglich. Es wurde ohne störende Nebenwirkungen (Ohrensausen, Magendrücken) stets gut vertragen und bewährte sich als gutes Antineuralgicum und Antipyreticum auch bei Pneumonie, Bronchitis und Tuberculose.

Therapeutische Mitteilungen über Acetopyrin von Dr. Goldmann (Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 14 u. 15). — Acetopyrin und seine Bedeutung in der Therapie von Dr. Reichelt (Wiener med. Presse Nr. 34).

**Acne.** Ueber Fanghi di Sclafani, ein wenig bekanntes bei Acne rasacea sehr wirksames Mittel, berichtet Dr. von Fleischl (Rom). Die chemische Analyse dieses Stoffes, einer Erde vulkanischen Ursprungs, ergibt einen ganz beträchtlichen Gehalt an höchst fein verteiltem Schwefel bis zu fast 80%. Die Erde wird mit Wasser verrührt, auf die betreffenden Stellen aufgetragen, wo sie durchaus keine Dermatitis hervorruft. Die Resultate sind, wie aus den mitgeteilten Fällen sich ergibt, anscheinend sehr gute.

Ueber Fanghi di Sclafani, ein wenig bekanntes, bei Acne rosacea sehr wirksames Mittel, von Dr. v. Fleischl (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49).

**Acromegalie.** Dr. v. Moraczewski (Lemberg) hat unter Prof. Gluzinski's Leitung Stoffwechseluntersuchungen bei einem 47 jährigen Acromegalie-Kranken angestellt. Er glaubt gefunden zu haben, dass bei dieser Krankheit deutliche Tendenz zum Zurückhalten der organbildenden Substanzen besteht. Diese Zurückhaltung lässt sich durch kein Mittel beseitigen, auch nicht durch Schilddrüsenpräparate.

Dr. Kuh hat 3 Acromegalie-Kranke mit Hypophysistabletten behandelt. Bei einem schien nur der Kopfschmerz abzunehmen. Bei den beiden anderen trat deutliche Besserung ein: Verminderung des Kopfschmerzes, des Schwindels, der Schwäche, des Schweisses, des Erbrechens; einmal schienen auch die Nägel und die Beschaffenheit der Hände besser zu werden.

Stoffwechsel bei Acromegalie unter der Behandlung mit Sauerstoff, Phosphor u. s. w. von Dr. v. Moraczewski (Zeitschr. f. klin. Med. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft). — Acromegalie behandelt mit Hypophysistabletten von Dr. Kuh (Journ. of nerv. and ment. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft).

**Aderlass.** Der Aderlass darf nach Prof. Klemperer (Berlin) zu jenen therapeuti-



Digitized by Google

schen Agentien gerechnet werden, deren vollkommene Verwerfung nicht gerechtfertigt ist. Der Verlust von 200—300 ccm Blut wird zumeist keinen Schaden thun, aber die auch nur vorübergehende Entlastung des rechten Herzens kann sicherlich in manchen Fällen lebensrettend wirken. Bei schweren Compensationsstörungen von Mitralfehlern kann ein Aderlass zauberhafte Wirkung thun; erlaubt und unter Umständen wohlthätig ist er in allen Schwächezuständen des Herzens, die zur hochgradigen venösen Stauung führen. Bei kräftigen Pneumonikern mit gutem Puls kann die Indication des Aderlasses namentlich dann anerkannt werden, wenn bei nahender Krise Lungenoedem eintritt. In dieser Situation hat der Aderlass oft den Eindruck eines lebensrettenden Eingriffs gemacht. Die zweite Kategorie umfasst die Vergiftungszustände, in welchen man hoffen kann, mit dem Blut die schädlichen Substanzen zu eliminiren. Es ist vor allem die Urämie, bei welcher der Aderlass auch jetzt vielfach angewandt wird. Bewusstlosigkeit und Krämpfe schwinden nicht selten unmittelbar nach einem grossen Aderlass (von 250—350 ccm); eine Gegenindication gegen den Aderlass bei Urämie existirt nicht, wenn der Kräftezustand einigermaassen ausreicht. Ebenso legitim ist der Aderlass bei Eklampsie, wo derselbe gelegentlich zu sehr günstigen Erfolgen führt. Die dritte, freilich etwas weniger gesicherte Indication liegt in der Erhöhung des arteriellen Blutdrucks, bezw. in der allgemeinen Plethora, wie sie zu Apoplexien zu führen pflegt. In der Praxis sind Venaesectionen nach Schlaganfällen sehr beliebt; doch ist der Erfolg des Eingriffs in diesen Fällen sehr unsicher. Die modernste Indication liegt auf dem Gebiet der Blutkrankheiten, indem wiederholte Blutentziehungen einen Anreiz zur erhöhten Neubildung des Blutes darstellen sollen. So wird die Entziehung von etwa 20 ccm Blut, in Zwischenräumen von etwa 4 Wochen oft ausgeübt, als Heilmittel der Chlorose angesehen. Die Berechtigung des Aderlasses bei Chlorose unterstehe noch sehr der Erörterung.

Dr. Schreiber und Dr. Hagenberg (Berlin) erklären die Wirkung des Aderlasses bei Urämie dahin, dass dadurch 1. die Arbeit des Herzens durch die Herabsetzung der Viscosität des Blutes erleichtert wird, und 2. eine Ausschwemmung von giftigen Stoffen stattfindet.

Die Indication zum Aderlass von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 3. Heft). — Zur Lehre vom Aderlass von DDr. Schreiber und Hagenberg (Centralbl. f. Stoffw. u. Verd.-Kr. Nr. 11).

**Adnexerkrankungen.** Eiterhältige Adnextumoren erfordern nach Prof. Dührssen (Berlin) nicht die Kastration, lassen sich vielmehr auch durch mehr conservative Operationsmethoden mit gutem anatomischen und functionellen Resultate behandeln. Als solche Methoden empfiehlt Dührssen: 1. Die einfache Incision des hinteren Scheidengewölbes und die nachfolgende Eröffnung der ihm adhärenten Wand eines oder zweier adnexieller Eitersäcke. 2. Die Incision des hinteren Scheidengewölbes zur Entleerung eines perimetritischen Exsudates und die Eröffnung eines darüber gelegenen adnexiellen Eitersackes. 3. Die Durchtrennung eines seitlichen Scheidengewölbes mit Durchtrennung des Lig. cardinale: a) extraperitoneal; b) mit Eröffnung des hinteren Douglas; c) mit Eröffnung des vorderen Douglas; d) mit Eröffnung des vorderen und hinteren Douglas. 4. Die quere Incision des vorderen Scheidengewölbes mit nachfolgender Ablösung der Blase von der Cervix zwecks Anlegung einer Gegenöffnung bei Bauchdeckenfisteln, die nach „Stumpfexsudaten" entstanden sind. 5. Die Incision beider seitlichen Scheidengewölbe mit Durchtrennung beider Lig. cardinalia. 6. Die Colpocoeliotomia anterior allein oder in Combination mit der völligen Durchtrennung eines Lig. latum. Wünschenswert ist eine möglichst frühzeitige Diagnose. A priori ist das Vorhandensein eines eiterhaltigen Adnextumors schon viel wahrscheinlicher, als das eines Exsudates, wenn eine Geburt oder operativer Eingriff überhaupt nicht oder bereits vor Jahren stattgefunden hat. Ein parametritisches Exsudat dauert nur kurz; besteht es noch ½ Jahr nach einer Geburt, so ist es meistens ein Pyoovarium oder eine Pyosalpinx. Ein perimetritisches Exsudat

Digitized by Google

liegt quer walzenförmig zwischen hinterer Scheidenwand und Rectum, seine obere Grenze lässt sich nicht fühlen, nach den Seiten und nach hinten geht es fest an die Beckenwand heran und drückt das Rectum mehr oder weniger zusammen. Ein grösserer eitriger Adnextumor drängt das seitliche oder hintere Scheidengewölbe kugelig nach abwärts, ist auch von oben her und den Seiten als wurst- oder kugelförmiger Tumor zu tasten und lässt sich, besonders in Narkose, gegen die Beckenwände etwas verschieben.

Prof. Landau (Berlin) ist der Meinung, dass alle Incisionsverfahren nicht imstande seien, einen sicheren Erfolg ausnahmslos zu garantiren, weil die offene Wundbehandlung nicht ausreicht, einen Prozess zur Heilung zu bringen; oft muss man noch nach Jahren bei durch das Incisionsverfahren behandelten Abscessen die Radicaloperation zur endgiltigen Heilung vornehmen.

Aus der Universitäts-Frauenklinik des Prof. Schauta in Wien liefern Dr. Mandl und Dr. Bürger an der Hand von 273 Fällen einen Beitrag zur operativen Behandlung von Eitersammlungen in den Anhängen der Gebärmutter. Autoren gelangten zu folgenden Schlüssen: Der vaginale Weg hat den Vorzug vor dem abdominalen. Die vaginale Radicaloperation ist die Operation des Principes. Einseitige Entfernung vereiterter Adnexe kommt nur in Frage bei voraussichtlichem Beschränktbleiben der Erkrankung auf die eine Seite. Incisionen ergaben ungünstige Dauererfolge.

Eine grosse Anzahl von entzündlichen Adnextumoren werden von Dr. Thomson (Odessa) mit Erfolg conservativ behandelt: Ruhe, Scheidendouchen bis 40°, Sitzbäder bis 34°, heisse Luftbäder, Scheidentampons, Compressen, mit Auswahl und Vorsicht Massage und Belastung. Eine intrauterine Therapie-Dilatation, Abrasio, Kauterisation wurde nur bei stricter Indication, starken Uterusblutungen und Fluor angewandt. Abrasio mit nachfolgenden intrauterinen Aetzungen kam wohl nicht in Anwendung, doch dürfte auch diese Behandlungsart für manche Fälle sich ganz wohl eignen. Bei Bestand eines entzündlichen Tumors, wenn diese Therapie sich als erfolglos erwies, oder eine Eiterhöhle vorhanden war, kam die operative Therapie, aber auch möglichst conservativ, in Anwendung. Mit oder ohne Narkose wurde das hintere Scheidengewölbe incidirt, zuweilen die Eiterhöhle gleich breit eröffnet. Meist schaffte Verfasser mit ein bis zwei Fingern oder einer Kornzange, stumpf vordringend und mit Vermeidung von Nebenverletzungen, einen breiten Gang nach der Scheide hin. Eventuell wurden bei tiefliegender Geschwulst die Sackwandungen an die Scheide fixirt. Leitendes Princip war: breite Eröffnung, Drainage und Ausspülungen der Eiterhöhle mit Wasserstoffsuperoxydlösung. So kamen Geschwülste von Hühnereigrösse bis zur Grösse einer fast bis zum Nabel reichenden Geschwulst zur Incision. Bisweilen war noch eine spätere zweite Incision nötig. Unter 30 so behandelten Kranken gingen nur zwei an dauernder Eiterung und Erschöpfung zu Grunde. Beide Fälle waren von vornherein desolat. Die Scheidenincision wurde immer vom hinteren Fornix aus vorgenommen; man trachte womöglich alle Abscesse in einer Sitzung zu eröffnen. Zur Blutstillung genügt Tamponade, eventuell Anlegung einiger Ligaturen oder Pincetten. Die meisten Kranken wurden nach diesem ungefährlichem Eingriffe bald arbeitsfähig, mindestens bald von ihren Schmerzen befreit. Im Falle eines Misserfolges bleibt dann immer die Radicaloperation übrig.

An 12 Fällen von entzündlichen Adnexschwellungen, Peri- und Parametritis, Retroversio-Flexio uteri, vaginalen Narben wandte Dr. Foges (Wien) die Belastungstherapie an, worunter die Anwendung eines constanten Druckes auf die Beckenorgane von der Vagina und dem Abdomen aus verstanden wird. Die abdominelle Belastung besorgt ein 1—2 kg schwerer Schrotsack; die vaginale Belastung wird in Beckenhochlagerung mittels eines mit Schrot gefüllten Condoms, oder, wie es an der Klinik Schauta üblich ist, mittels eines Kolpeurynters vorgenommen, in den 500—1000 g Quecksilber gegossen werden. Die Methode hat sich als sehr erfolgreich erwiesen; es genügte meist eine ½—1½ stündige Belastung, welche je nach dem Falle 2—10—15 mal



Digitized by Google

angewendet wurde. Die Belastungstherapie wirkt durch Beeinflussung der Circulationsverhältnisse durch Dehnung und Lockerung von Adhäsionen und Narben; das Verfahren ist vollkommen schmerzlos.

Prof. Dührssen und Prof. Landau über die conservative Behandlung der eiterhaltigen Adnextumoren, in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 17. u. Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 29). — Beitrag zur operativen Behandlung von Eiteransammlungen in den Anhängen der Gebärmutter von DDr. Mandl und Bürger (Arch. f. Gynäk. 64. Bd. 1. Heft). — Conservative Behandlung von entzündlichen Adnextumoren von Dr. Thomson (Centralbl. f. Gynäk. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 9. Heft). — Dr. Foges über Belastungstherapie im Wiener medicinischen Club (Wiener med. Blätter Nr. 8).

**Agurin.** Prof. Litten (Berlin) empfiehlt an Stelle des Diuretins das Agurin, ein Doppelsalz von Theobromin-Natrium und essigsaurem Natron, welches vor dem Diuretin den Vorzug hat, dass es keine Salicylsäure enthält. Es wird von Bayer & Co. (Elberfeld) hergestellt.

Prof. Litten über Agurin in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 45).

**Albuminurie.** In dem Bestreben, die Therapie der chronischen Nephritiden zu fördern, wandte sich Dr. Edel (Würzburg) dem Studium der cyklischen Albuminurie zu. Dasselbe ergab: 1. Die meist bei der cyklischen Albuminurie zu beobachtende deutliche Abnahme des Eiweissgehaltes wird durch Aufnahme des Mittagessens veranlasst. 2. Der günstige Einfluss des Mittagessens steht mit der Steigerung der Diurese in Zusammenhang. 3. Der wahre therapeutische Wert des geprüften Diureticums: Kali aceticum und Harnstoff, ist also in unmittelbarer Herabsetzung der Eiweissausscheidung zu suchen. 4. Heisse Bäder veranlassten vom Momente ihrer Einwirkung an die Abscheidung eines reichlicheren, helleren und beträchtlich eiweissärmeren Harnes. 5. Die bekannte Abnahme des Eiweissgehaltes in der Horizontallage geht ebenfalls mit der Vermehrung der Harnmenge einher. 6. Die günstige Wirkung der üblichen diabetischen Maassnahmen findet nunmehr wohl die ungezwungenste Erklärung in der zweifellosen Anregung der Diurese (Milch, die vegetabilische Nahrung mit ihrem hohen Kaligehalte, die alkalischen Wässer etc.). Weiterhin führt Edel aus, dass ein günstiger Einfluss auf die Albuminurie nicht nur durch locale Erhöhung der Stromgeschwindigkeit infolge Ausscheidung diuretisch wirkender Stoffe veranlasst wird, sondern dass in noch höherem Maasse das Verhalten des Pulses, resp. des Herzens ausschlaggebend ist. Eine mit unzulänglichem Pulse einhergehende Albuminurie wird vermindert, resp. unterbrochen, wenn eine Verstärkung der Herzthätigkeit durch Bergsteigen erzielt wird. Für die Therapie der cyklischen Albuminurie ergeben sich folgende Aufgaben: 1. Systematische Kräftigung des Herzens; 2. reichliche, häufige Nahrungszufuhr am Vormittag. Die bisher bei einer Versuchsperson ausgeführte Behandlung hat nach 8 Wochen zu völligem und andauerndem Schwinden des Albumens geführt. An 15 chronischen Nephritiden ohne Herzveränderungen zeigte sich, dass dem „Cyklus" der cyklischen Albuminurie entsprechende Schwankungen des Eiweissgehaltes auch bei Nephritis erkennbar sind. Zur Erzielung momentaner Erfolge durch Muskelbewegung scheint eine die tiefe Atmung und gleichmässige Belebung des Pulses bewirkende Gymnastik in der Horizontallage geeignet zu sein. Die Uebung des Herzens bei Nephritis bedarf ebenso der Vorsicht, wie bei Herzkranken.

Dr. Edel über die Bekämpfung von Albuminurien auf der Naturforscherversammlung in Hamburg (Wiener med. Blätter Nr. 45).

**Alkohol und Alkoholismus.** Im Monate April des Berichtjahres wurde der VIII. internationale Congress gegen den Alkoholismus in Wien abgehalten. Von den interessanten Vorträgen, die von hervorragenden Forschern abgehalten wurden, mögen hier einige angeführt werden: Prof. Meyer (Marburg) sprach über die Wirkung des Alkohols auf die Thätigkeit unserer Organe. In wirksamen Mengen verursacht der Alkohol eine zunächst leichte, bei grossen Dosen bis zur Lähmung fortschreitende Betäub-

Digitized by Google

ung der Hirnfunctionen und der Reflexe, schliesslich auch des Atmungscentrums. Es kommt zur Abnahme der Muskelkraft, der im Anfange das Gefühl ihrer erleichterten Ausnützung vorausgeht; die Körpertemperatur wird nicht erhöht, sondern nur das Wärmegefühl. Der Alkohol ist kein Nährstoff, sondern kann nur durch seine Verbrennung Kohlehydrate und Fette sparen. Die Verdauungsthätigkeit wird durch Alkohol eher verzögert. Er ist in den Händen des Arztes gelegentlich segensreich, als Genussmittel aber entbehrlich, selbst gefährlich.

Prof. Wagner v. Jauregg (Wien) erörterte die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen und psychischen Erkrankungen. Während beim acuten Alkoholismus eine directe deletäre Einwirkung des Alkohols auf das Centralnervensystem wahrscheinlich ist, zwingt uns das Einsetzen der Symptome gerade während der Abstinenz in gewissen Erkrankungen anzunehmen, dass durch fortgesetzten Potus im Körper ein Gift entsteht, dem gegenüber der Alkohol als Gegengift wirkt. Dieses ähnelt in mancher Beziehung den bakteriellen Toxinen, es setzt, wie der Alkohol selbst, die Verbrennungsenergie herab.

Prof. Kassowitz (Wien) kommt zu dem Ergebniss, dass kein Stoff im Stande ist, gleichzeitig die Rolle eines Giftes und eines Nahrungsstoffes zu übernehmen und dass auch dem Alkohol (dem Toxin des Hefepilzes) niemals nährende, sondern immer nur giftige Eigenschaften zukommen. Von diesem Standpunkte aus müsse jede therapeutische Verwendung des Alkohols beurteilt werden.

Prof. Fränkel (Halle) berichtet über Versuche, die Dr. Latinen (Helsingfors) bezüglich des Einflusses des Alkohols auf die natürliche Widerstandsfähigkeit des Körpers an Tieren anstellte. Aus den Versuchen geht die Thatsache mit Bestimmtheit hervor, dass der Alkohol eine Verminderung der natürlichen Resistenz gegen die Wirkung der Infectionsstoffe bedingt. Autor meint aus den erwähnten Befunden den Schluss ziehen zu können, dass die Benutzung des Alkohols bei der Behandlung infectiöser Erkrankungen auch des Menschen mindestens nicht unbedenklich erscheine.

Die Alkoholfrage bei Kindern fasst Dr. Förster (Dresden) in folgenden Sätzen zusammen: 1. Für das gesunde Kind ist bei der Ernährung an absoluter Enthaltung vom Alkohol streng festzuhalten; jedes Abweichen von diesem Absolutismus muss man beim Kind schon als einen Missbrauch bezeichnen. 2. Für das kranke Kind ist die Anwendung des Alkohols durchweg der ärztlichen Entscheidung anheimzustellen; er ist hier ein Medikament und stets nur als solches zu betrachten.

In einer Arbeit über den Einfluss des Alkohols auf den Europäer in den Tropen teilt Dr. Fiebig seine Erfahrungen mit, die er bei Abstinenz in Bezug auf die geistige und körperliche Widerstandskraft und Leistungsfähigkeit, besonders in Feldzügen und auf das Entstehen und den Verlauf von Krankheiten gesammelt hatte. Abstinente Europäer sind auch in den Tropen leistungsfähiger als Eingeborene. Abstinente Soldaten erliegen auf dem Marsche fast nie dem Hitzschlage, der die Alkoholiker sehr häufig befällt. Die tropische Malaria (Schwarzwasserfieber), Beri-Beri und Lepra sollen bei Alkoholikern besonders heftig auftreten. Am Krankenbette kommt Fiebig ganz ohne Alkohol aus.

Dr. Hirschl (Wien) hat berechnet, dass 30% der in Krafft-Ebing's Abteilung aufgenommenen männlichen Geisteskranken Säufer sind (4,4% des weiblichen). Eine Zu- oder Abnahme war in den letzten 10 Jahren nicht deutlich nachzuweisen. Den aufgenommenen Säufern wurde (mit wenigen Ausnahmen) der Alkohol sofort entzogen, ohne dass jemals durch diese absolute Abstinenz irgendwelche bedrohliche Erscheinungen festzustellen waren. In den letzten 10 Jahren sind 156 Kranke im Delirium gestorben (4,3% der Säufer, 12,8% der Deliranten). Von den 3579 Säufern mussten 1006 der Irrenanstalt zu langer Verpflegung übergeben werden. Hirschl weist auf die grossen Ausgaben hin, die dem Staate durch die Verpflegung der Säufer, ihre verkommene Nachkommenschaft u. s. w. erwachsen. Diese Kosten würden allein den Vorteil, den

Digitized by Google

der Staat aus der Begünstigung von Fabrikation und Verschleiss des Branntweins zieht, sicher übertreffen.

Dr. Colla bespricht die Grundsätze der modernen Trinkerbehandlung. Der Alkoholismus kommt zu Stande auf Grund der Alkoholintoleranz. Als alkoholintolerant bezeichnet Verfasser einen Jeden, der entweder auffallende acute Vergiftungssymptome zeigt oder bei gewohnheitsmässigem Genusse geistige oder körperliche Schädigung erfährt. Im Einzelnen kann die Alkoholintoleranz in sehr verschiedener Weise zum Ausdruck gelangen. Interesse verdienen besonders auffallende Symptome acuter Vergiftung, sogenannte „Frühsymptome", für die Verfasser eine Reihe von Beobachtungen aus seiner Erfahrung mitteilte. Gegen die Intoleranz als solche können wir therapeutisch nichts ausrichten; daraus ergibt sich mit Notwendigkeit die Folgerung, dass die Behandlung des Alkoholismus nur in einer völligen dauernden Entziehung des Giftes bestehen kann. Beobachtungen vom „mässigen Trinken" früherer Alkoholiker werden als nicht zutreffend zurückgewiesen. Die Alkoholentziehung kann sofort geschehen, ohne dass auffallende Erscheinungen vorkommen. Zuweilen kommt dabei eine motorische Unruhe zur Beobachtung, gegen die sich neben warmen Bädern Trional ausserordentlich bewährt hat. In der ersten Zeit zeigen viele Alkoholiker Hallucinationen, die sich zeitweise häufen. Ein Delirium tremens hat Verfasser in $5^1/_2$ Jahren in seiner Anstalt nur einmal gesehen, bei einem Schnapstrinker, der delirant eingeliefert wurde. Auch bei vorhandenem Delirium ist Alkoholdarreichung nicht indicirt, ohne sie verläuft es leichter und schneller. Mit der Heilung der körperlichen Schäden hat aber der Arzt erst den kleinsten Teil seiner Pflicht gegenüber dem Trinker erfüllt. Notwendig ist eine völlige Umwandlung der Person des Kranken, die ihn zur völligen dauernden Abstinenz führt. Diese Aufgabe wird in jedem einzelnen Falle, je nach der Individualität des Kranken, in verschiedener Weise in Angriff zu nehmen sein. Vorbedingung ist aber natürlich die Totalenthaltsamkeit des behandelnden Arztes, sowie auch sämmtlicher Angestellten der Anstalt.

Ueber die interessanten Versuche, welche in Russland mit der Verwendung der Suggestion und der Hypnose bei der Behandlung des chronischen Alkoholismus angestellt wurden, referirt Dr. Dworetzky (Riga-Schreyenbusch): Die betreffenden Autoren wandten die Suggestionstherapie zumeist ambulatorisch an. Es wurde den Kranken sofortige völlige Enthaltsamkeit von geistigen Getränken suggerirt; ebenso wurde ihnen suggerirt, dass sie kein Verlangen nach irgend etwas Spirituösem verspüren, sondern sogar dagegen Widerwillen empfinden sollten. Ausserdem wurden ihnen Suggestionen gemacht, um den möglichen schlechten Folgen der plötzlichen Entziehung der geistigen Getränke zuvorzukommen und um die vorhandenen krankhaften Erscheinungen und Folgezustände des Alkoholmissbrauches zu beseitigen. Die Resultate waren zufriedenstellende.

Dr. Schoenenberger liess eine Reihe der als alkoholfrei in den Handel gebrachten Weine und Biere daraufhin untersuchen. Das überraschende Ergebniss ist, dass manche dieser Getränke ziemlich stark alkoholhaltig sind. Da die Etikette keine zuverlässige Garantie biete, so schlägt Autor als Ersatz frisches Wasser, Fruftsäfte, saure und Buttermilch, Mandelmilch, Honigwasser, Pflaumenbrühe, Brotwasser, Milchlimonade, Gerstenschleim, Kakao und ähnliche Dinge vor.

Eine auf streng wissenschaftlicher Basis stehende Zusammenstellung liefert Dr. Rosenfeld's Buch über den Einfluss des Alkoholsauf den Organismus. Es zerfällt in drei Teile; der erste, der sich mit den somatischen Leistungen des Alkohols beschäftigt, bespricht zunächst seine physiologischen, die pharmakologischen und therapeutischen Leistungen und die pathologisch-anatomischen Wirkungen. Der zweite Teil ist den psychischen Leistungen des Alkohols gewidmet, und der dritte Teil zieht gleichsam das Resumé aus den beiden ersten und beschäftigt sich mit der Stellung der Aerzte zur Alkoholfrage. Der Standpunkt des Verfassers ist in dieser Richtung dem Alkohol durchaus nicht günstig.

Digitized by Google

Bekanntlich wurden Alkoholverbände zuerst von Salzwedel zur Behandlung von Phlegmonen, Lymphangitis, Panaritien, Furunkeln, Mastitis, Erysipel etc. empfohlen. Der Alkohol besitzt bei örtlicher Anwendung eine direct erweiternde Wirkung auf die Blutgefässe. Er wirkt in der Weise, dass er eine Vermehrung der durch die betreffenden Organteile in der Zeiteinheit hindurchströmenden Blutmenge hervorruft, womit die resorptiven und bakterienfeindlichen Wirkungen des Blutes in erhöhtem Maasse zur Geltung kommen. Neuerdings wandte Dr. Hellmer (Wien) die Alkoholverbände bei Herpes zoster in sechs Fällen mit bestem Erfolge an. Die Application geschah in folgender Weise: Eine achtfache Schicht hydrophiler Gaze, mit dem officinellen Spiritus vini conc. reichlich getränkt, wurde auf die afficirte Hautstelle gelegt; darauf kam ein impermeabler Stoff, Guttapercha-Leinwand, Paraffin-Papier oder Billroth-Battist und dann eine Watteschicht. Das Ganze wurde mit einigen Bindentouren oder der Localität entsprechend mit einem dreieckigen Tuche fixirt; ein solcher Verband blieb 24 Stunden liegen. Allen Fällen gemeinsam ist der Nachlass der Schmerzen schon nach dem ersten Verbande, die rasche Involution der bestehenden Effloreszenzen, das Ausbleiben frischer Nachschübe und die kurze Behandlungsdauer von drei bis sieben Tagen.

An der Breslauer Hautklinik wurden Spiritusverbände, wie Dr. Plato angibt, bei acuter Epididymitis gonorrhoica, frischen Bubonen nach Ulcus molle und anderen Entzündungsprocessen mit bestem Erfolg verwandt. Besonders bewährt hat sich noch ein Zusatz von 3 proc. Acid. salicylicum zum Spiritus. An empfindlichen Hautstellen (besonders am Scrotum) können allerdings Reizerscheinungen durch diese Verbände bedingt werden, so dass es notwendig ist, die Haut vorher mit Zinkpasteneinfettung zu schützen.

Nach Dr. Frank (Wiesbaden) verdienen die Alkoholdämpfe eine weitgehende Anwendung in der Hygiene.

Prof. Mayer über die Wirkung des Alkohols auf die Thätigkeit unserer Organe auf dem internationalen Congresse gegen den Alkoholismus zu Wien (Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft). — Prof. Wagner v. Jauregg über die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen und psychischen Erkrankungen ebendaselbst (Ebendaselbst). — Wirkt Alkohol nährend oder toxisch? von Prof. Kassowitz (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Die Verwendung des Alkohols in der Behandlung der Infectionskrankheiten von Prof. Fränkel (Ther. d. Gegenw. 1. Heft). — Dr. Förster über Alkohol und Kinderheilkunde im Vereine gegen den Missbrauch geistiger Getränke zu Dresden (Ther. Monatsh. 3. Heft). — Über den Einfluss des Alkohols auf den Europäer in den Tropen von Dr. Fiebig (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft) — Alkohol und Geistesstörung von Dr. Hirschl (Wiener klin. Wochenbl. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft). — Voraussetzungen und Grundsätze der modernen Trinkerbehandlung von Dr. Colla (Med. Woche Nr. 40). — Ueber die neueren russischen Versuche zur Behandlung des Alkoholismus mittels der Hypnose von Dr. Dworetzky (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 8. Heft). — Alkoholfreie Getränke von Dr. Schoenenberger (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 7. Heft). — Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus von Dr. Rosenfeld (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden). — Alkoholverband bei Herpes zoster von Dr. Hellmer (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 4). — Dr. Plato über den Einfluss von Spiritusverbänden auf entzündliche Vorgänge in der Haut in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur (Allg. med Central-Zeitg. Nr. 60). — Ueber Desinfectionswirkung des Alkohols, insbesondere der Alkoholdämpfe von Dr. Frank (Münchener med. Wochenschrift Nr. 4).

**Alopecie.** Bezüglich der Verhütung und Behandlung der Alopecia praematura erteilt Dr. Behrmann (Nürnberg) folgende Ratschläge. Die Männer, in deren Ascendenz die Alopecia häufig ist, sollen vorwiegenden Genuss von Kohlehydraten vermeiden, wie sie auch Maass im Genuss von Alcoholicis halten sollen. Tritt zur Zeit der Pubertät eine Seborrhoe der Gesichtshaut, resp. eine Acne derselben und eine Seborrhoe der Kopfhaut ein, dann soll nach Entfernung des Fettes durch Spiritus saponatus kalus Hebra oder durch Waschungen mit Alkalien oder alkoholischen Lösungen sowohl äusserlich Schwefel in Salbenform wie auch innerlich in Pulverform längere Zeit gebraucht werden. Die Obstipation, die häufig während einer Anämie oder Chlorose und besonders im Beginne derselben besteht, soll durch die innere Darreichung des gereinigten Schwefels allein (2 mal täglich ½—1 Theelöffel voll) oder mit Milchzucker zu gleichen Teilen beseitigt wer-

Digitized by Google

den. Nach Beseitigung der Obstipation soll der Schwefel wenigstens während dreier Monate messerspitzenweise (3—5mal täglich eine Messerspitze voll) weiter gegenommen werden. Zur Vermeidung der Bildung von Ptomainen muss eine gemischte Kost, die vorwiegend aus Eiweiss und Leimstoffen besteht, längere Zeit genossen werden. Die Kost muss durch angestrengte körperliche Arbeit ausgenutzt und verwertet werden. Es sollen ferner keine Nahrungsmittel genossen werden, die leicht zur Bildung von Ptomainen führen (pikanter Käse, ältere Wurstsorten, Miessmuscheln etc.). Bei einer nicht zu weit vorgeschrittenen Alopecie ist die Anwendung von Reizmitteln auf die Kopfhaut, wie z. B. die Lassar'sche Haarcur dieselbe repräsentirt, nach vorhergegangener Entfernung des Talges und nach längerer Anwendung von Schwefelsalben sehr anzuraten. Da es sich bei der beginnenden Alopecie wahrscheinlich um eine Erschlaffung der Haarpapillen handelt, die bei einer länger abwartenden Haltung zu einer Atrophie derselben führt, so ist eine Anwendung von Reizmitteln nur rationell und verspricht eine Stärkung der Haarpapillen und eine Wiederkehr derselben zu ihrem normalen Tonus und zu ihrer normalen Funktion, wenn die Reizmittel nur lange genug angewandt werden, und wenn eine entzündliche Reizung hierbei vermieden wird. Womit eine Reizung versucht und wodurch dieselbe erzielt wird, ist schliesslich gleichgiltig. Deshalb ist auch die Anwendung der von Eichhoff eingeführten überfetteten Seifen unter Zusatz von Medikamenten sehr ratsam, besonders die überfettete Chininseife, Benzoë-, Ichthyol-, Salicyl-, Thiol-, Schwefel-Camphor-Perubalsam-Seife.

Ueber Alopecia praematura von Dr. Behrmann (Monatsh. f. pr. Dermat. — Medico Nr. 10).

**Amputation.** In der Berliner medicinischen Gesellschaft sprach Prof. v. Bergmann über die Indication zur Amputation bei fortschreitender Phlegmone. Bei einer Infection, die z. B. von einem Finger ausgeht und sich auf den Arm hin erstreckt, kommt demnächst eine ausgedehnte Längsspaltung an der Beuge- und Streckseite des Armes, entlang den Sehnen in Frage. Meistens kann man dadurch der Infection Einhalt thun. Schreitet diese aber trotzdem weiter, so rät er dringend zur Absetzung des Gliedes, selbst wenn im Blute durch Impfung auf Tiere oder Agar virulente Infectionserreger gefunden werden, die entweder der Streptococcus oder der Staphylococcus albus sind. Als Beispiel erwähnt er einen Fall, der vor Kurzem in seiner Klinik zur Behandlung kam. Ein junger Mann hatte sich durch einen Unfall eine sehr starke Quetschung der Hand zugezogen. Es trat Gangrän ein, die die Amputation eines Fingers notwendig machte. Darauf aufsteigende Infection auf den Unterarm, trotz ausgedehnter Spaltung kein Einhalt, hohes Fieber. In der Wunde und im Blute, das dem anderen Arm entnommen wird, finden sich Streptokokken. Darauf nimmt er die Amputation im Ellenbogengelenk vor. Die 2mal täglich weiterhin vorgenommene Blutuntersuchung lässt noch stets die Infectionserreger erkennen, bis am 11. Tage nach der Operation diese geschwunden sind. Die Wunde granulirte gut, vollständige Heilung. Bergmann glaubt, dass das Blut nur Träger der Kokken ist, aber nicht eine Vermehrung derselben zulässt.

Prof. v. Bergmann über Indication zur Amputation bei fortschreitender Phlegmone in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 44).

**Anämie.** Die perniciöse Anämie ist nach Dr. Stengel's (Wien) Ansicht die Folge einer abnorm gesteigerten Blutdissolution, der die Blutbildung nicht das Gleichgewicht hält. Der Blutzerfall erfolgt durch Gifte, die im Magendarmkanal entstehen oder hier resorbirt werden. Die Therapie der perniciösen Anämie ist dreifacher Art: erstens ist sie eine specifische; zweitens ist sie auf die Aenderung der allgemeinen Circulationsverhältnisse gerichtet; drittens wendet sie sich gegen die directe Ursache der Erkrankung. Die sogenannte specifische Behandlung der perniciösen Anämie besteht in dem Gebrauche von drei Mitteln: Eisen, Arsen und Knochenmark. Das Eisen ist nur in der Reconvalescenz wirksam. Arsen

Digitized by Google

als Solutio Fowleri 5—20 gtts. pro die eventuell subcutan mit der gleichen Dosis Aqu. destillata, gilt noch als bestes, wenn auch nicht immer hilfreiches Mittel. Knochenmark, besonders das rote der Tibia des Kalbes, verrieben mit Glycerin āā (35—70 g der Mischung tagsüber) ist in seiner Wirkung noch zweifelhaft. 2. Die Regelung der Circulation erfolgt durch horizontale Ruhelage, wobei die Herzarbeit die geringste ist, und durch Massage, welche eine grosse Menge von ruhenden Blutzellen der Circulation zuführt und activirt. Vermehrung der Blutflüssigkeit, namentlich in den Endstadien durch Colon-eingüsse, hypodermatische und intravenöse Injectionen, letztere besonders bei stark gesunkener Resorptionskraft. 3. Antisepsis des Gastrointestinaltractes durch leicht verdauliche, nicht zur Zersetzung neigende Nahrung, Milch — Salzsäure und Amara zur Beförderung der Verdauung — durch hohe Darmspülungen, Magenwaschungen, erst in letzter Reihe durch die Darmantiseptica (Salol, Naphthol etc.). Bei perniciöser Anämie in Verbindung mit Darmparasiten zunächst Anthelmintica, dann die ausgeführten Maassnahmen.

Prof. Rumpf und Dr. Dennstadt (Bonn) haben das Blut der von perniciöser Anämie befallenen Menschen chemisch untersucht und gefunden, dass dasselbe reich an Wasser und Chlorgehalt sei, dagegen arm an Kalium und Eisen, vielleicht auch an Fett. Auffallend war die Kaliumverarmung, welche vielleicht sogar als Ursache des Blutkörperchenzerfalles angesehen werden könne. Die Zufuhr von Kaliumsalzen in leicht assimilirbarer Form erschien den Verfassern darum ein rationeller Versuch einer Behandlung der perniciösen Anämie zu sein. Sie gaben den Kranken Pillen von Ferratin und Kalium bicarb. ānā 5.0 in der Menge von je 0.5 g pro Tag ordinirten:

Chinin. muriat. 2,0
Ferratin 5,0
Kali tartar.
Kali citric. āā. 7,5
M. f. pulv. Dreimal täglich 1 Pulver.

In 4 Fällen von perniciöser Anämie bewährte sich diese Kaliumbehandlung vorzüglich. Es gab aber auch Fälle, wo die Behandlung keinen Erfolg hatte.

Beiträge zur Behandlung der perniciösen Anämie von Dr. Stengel (Wiener med. Blätter. — Prager med. Wochenschr. Nr. 39). — Die Kaliumtherapie der perniciösen Anämie von Prof. Rumpf und Dr. Donnstadt (Berliner Klin. Wochenschr. Nr. 18).

**Aneurysmen.** Prof. Laucereaux und Dr. Paulesco (Paris) behaupten auf Grund ihrer Beobachtungen, dass die Gelatinebehandlung heute die einzige ungefährliche Methode darstellt, mit der echte, der Operation nicht zugängliche Aneurysmen geheilt werden können. Ein Misserfolg liegt nach ihrer Ansicht immer am Autor, indem dieser entweder unbrauchbare Fälle, in denen kein sackförmiges Aneurysma und demzufolge keine locale Verlangsamung des Blutstromes vorlag, zur Behandlung herangezogen, oder aber technische Fehler gemacht hat. Die Minimaldose für die Injectionen soll 200 bis 250 ccm einer 0,7%igen Kochsalzlösung sein, die 5 g Gelatine enthält. Wo die verwendete Dosis geringer war, ist nach ihrer Ansicht ein Misserfolg ganz selbstverständlich. Im Anschluss an diese Auseinandersetzung berichten die Verfasser dann kurz über 4 weitere Fälle von sackförmigem Aneurysma, deren Local- und Allgemeinzustand erheblich durch die Gelatineinjectionen gebessert worden sei.

Dr. Grenet und Dr. Piquaud kommen nach dem Studium an Kranken und nach Experimenten an Tieren zu folgenden Schlüssen: 1. Die Gelatineeinspritzungen sind bei sackförmigen Aneurysmen und nach Bourdillon auch bei spindelförmigen Aneurysmen angezeigt. 2. Die Möglichkeit der Bildung von Embolien und massiven Gerinnungen ist nicht absolut bewiesen. 3. Wenn die Gelatine, ohne Umwandlungen zu erleiden, ins Blut gelangt, so können Einspritzungen derselben eine schädliche Steigerung des Blutdruckes bei grossen Aneurysmen mit dünnen Wänden hervorrufen. 4. Wenn auch eine grosse Zahl von Kranken durch die Injectionen gebessert erscheint, so kann man bei den zumeist unvollständigen Beobachtungen, da die Kranken nach beendeter Behandlung selten weiter verfolgt

Digitized by Google

werden, keine definitiven Schlüsse ziehen. 5. Die eingespritzte Gelatine wird wohl absorbirt, doch ist es unbekannt, ob sie als solche aufgesaugt wird.

Diagnostisch wichtig für die Aneurysmen der Anonyma ist nach Dr. Sorgo ein diastolisches Geräusch über dem Aneurysma. Bezüglich der Gelatineinjectionen äussert sich Autor folgendermassen: Bei Anwendung subcutaner Injectionen tritt in einem hohen Procentsatze von sackförmigen Aneurysmen Gerinnung ein, die ausbleibt, wenn es sich um diffuse Dilatation handelt. In vielen Fällen von Blutungen verschiedener Provenienz tritt ziemlich häufig nach localer oder subcutaner Anwendung einer Gelatinelösung Hämostase ein. Wir wissen jedoch nicht, ob die Gerinnung im aneurysmatischen Sacke und die Blutstillung Folge der Gelatinebehandlung sind, und zwar, weil bei Aneurysmen jene möglicherweise durch das diätetische Regime und die ruhige Körperlage bedingt sein kann, weil in vielen Fällen eine hämostatische Wirkung ausbleibt, in anderen es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handeln kann, und schliesslich weil uns bis heute noch jeder experimentelle Beweis für die coagulierende Wirkung der subcutanen Gelatine-Injection fehlt. Nierenaffectionen geben für die innere Darreichung der Gelatine keine Gegenanzeige ab.

Dr. Barth (Baden-Baden) machte in einem durch Röntgendiagnose gesicherten Falle von Aneurysma der aufsteigenden Aorta 12 subcutane Injectionen von je 100 ccm einer 1%igen Gelatinelösung, und zwar jeden zweiten Tag eine Injection. Gleichzeitig wurden Bettruhe, Diaeta parca, Jodnatrium und Leiter'sche Kühlröhren verordnet. Es trat eine Besserung ein und nachdem vier Monate später eine abermalige Injectionscur (12 Injectionen mit 2%iger Lösung, steigend auf 5%ige) durchgeführt worden war, hatte der Tumor seine elastische Consistenz verloren, fühlte sich derb an und zeigte keine sichtbaren Pulsationen mehr. Die subjectiven Beschwerden hatten gleichfalls erheblich abgenommen. Daraufhin schliesst Verfasser auf Verkleinerung und Verhärtung des vermutlich sackförmigen Aneurysmas. Darüber, ob diese Besserungen auf Conto der Gelatineinjectionen zu setzen sind, spricht er sich sehr vorsichtig und zurückhaltend aus.

Ueber Gelatineinjectionen bei Aneurysmen von Prof. Laucereaux und Dr. Paulesco (Gaz. des Hôpit. — Ther. d. Gegenw. 8. Heft). — Die Behandlung der Aneurysmen mit Einspritzungen von gelatinirtem Serum von Dr. Grevet und Dr. Piquaud (Arch. gen. de Méd. — Wiener. klin. Wochenschr Nr. 29). — Zur Diagnose der Aneurysmen der Aorta und der Arteria anonyma und über die Behandlung derselben mit subcutanen Gelatine-Injectionen von Dr. Sorgo (Zeitschr. f. klin. Med. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 10). — Ueber einen Fall von Aneurysma der aufsteigenden Aorta, der mit subcutanen Gelatine-Injectionen behandelt wurde von Dr. Barth (Münchener med. Wochenschr. Nr. 14)

**Angina.** Da die zumeist gebräuchlichen Gargarismen und Inhalationen für eine gründliche Desinfection der Mund- und Rachenhöhle nach Dr. Goldmann (Wien) unzulänglich sind, versuchte Autor bei Angina die von Bergmann empfohlenen Kaupastillen (Pastill. angin. asept.). Jede derselben enthält: 2 mg Thymol, 2 cg Natr. benzoicum, 15 mg Saccharin und etwas Althaea. Da diese Arzneistoffe vermittelst des durch den Kauact producirten Speichels mit allen Stellen der Mund- und Rachenhöhle, besonders auch der Tonsillen in innigen Contact kommen, so können sie daselbst ausgiebig desinficirend wirken. Ausserdem kommt noch die anerkannt antibacterielle Wirksamkeit des Speichels selbst mit in Betracht. Das Kauen der Pastillen geht ganz glatt und ohne Begleitbeschwerden von statten. Selbst kleine Kinder bringen es fertig. Eine schädliche Einwirkung auf den Magen und die Verdauungsthätigkeit besteht nicht. 4—5 Stück bei Kindern, 6—10 Stück bei Erwachsenen ist die gewöhnliche Dosirung. So sah Verfasser sehr günstige Ergebnisse bei einfachem, aber auch bei chronischem Rachenkatarrh, sowie bei Stomatitis. Ganz besonders rühmt er die desinficierende, schmerzlindernde, antipyretische Wirksamkeit der Pastillen bei folliculärer Angina.

Zur Therapie der oberen Luftwege von Dr. Goldmann (Aerztl. Central-Zeitg. Nr. 32).

**Antipyrese.** Im Budapester königlichen Aerztevereine führte Prof. Jen-

Digitized by Google

drássik aus, dass die auf Grund von Tierversuchen aufgestellte Ansicht, dass das Fieber an der Bekämpfung der Infection hilft, den klinischen Beobachtungen nicht entspricht. Das Fieber ist für den Organismus schädlich und deshalb muss es behandelt werden. Die antipyretische Behandlung hat auf den Ablauf der Krankheit keinen Einfluss, umsoweniger einen schlechten, da man, um dem Kranken sein Leiden zu lindern, die Antipyrese anwenden muss. Die hydrotherapeutische Methode der Antipyrese hat sich in praxi nicht bewährt, während die chemische Antipyrese zu ausgezeichneten Erfolgen führte. Von den antipyretischen Mitteln müsse man so viel geben, dass wir den Kranken constant afebril halten können. Im Allgemeinen können wir durch rectale Application von 4—5 g Antipyrin (5—6 stündlich wiederholt) den Erwachsenen z. B. während des ganzen Verlaufes eines Typhus abdominalis fieberlos erhalten. Die Hauptdirective sei, dass sich der Kranke wohl fühle.

Prof. v. Korányi schliesst sich der Ansicht des Vortragenden an, auch er hält das Fieber für nicht nützlich, behandelt es und zwar lieber mit Antipyreticis, als mit kaltem Wasser.

Zur Frage der Antipyrese liefert auch Prof. Nikitin (Petersburg) einen Beitrag. Seinen Standpunkt kennzeichnet Nikitin durch folgende Thesen: 1. Die Gefährlichkeit der fieberhaften Erkrankungen kann nach der Höhe der Körpertemperatur nicht beurteilt werden. 2. Die parenchymatösen Veränderungen der Gewebe, besonders der Leber, der Nieren, des Herzens und der Skeletmusculatur, die manchen fieberhaften, besonders infectiösen Erkrankungen eigentümlich sind, hängen nicht von der fieberhaften Temperatur ab. 3. Die Störungen gewisser wichtiger Funktionen des Organismus, hauptsächlich der Herz- und Nierenthätigkeit, die so häufig die Ursache des tödtlichen Ausganges bei Infectionskrankheiten abgeben, können auf die fieberhafte Temperatur nicht zurückgeführt werden.

Prof. Jendrássik und Prof. v. Korányi über die Fieberbehandlung im Budapester kgl. Aerztevereine (Ung. med. Presse Nr. 7). — Ueber die antipyretischen Behandlungsmethoden von Prof. Nikitin (Münchener med. Wochenschr. Nr. 18).

**Antiseptik, Aseptik und Desinfection.** Dr. v. Esmarch wies nach, dass in angetrocknetem Speichel Diphteriebacillen noch bis zum 14. Tage virulent seien. Die gewöhnlichen Reinigungsmethoden der Gläser und Essbestecke genügen nicht, um anhaftende Prodigiosusculturen gänzlich zu entfernen. Ganz ungenügend ist das gewöhnliche Abwaschen in kaltem Wasser, weniger ungenügend Abwaschen in warmem Wasser; dagegen wirkt eine erwärmte 1—2%ige Sodalösung nach längstens fünf Minuten sehr gut. Aus diesen Verhältnissen erklärt es sich, dass in Heil- und Curanstalten, Hotels, Gastwirtschaften etc. die Möglichkeit einer Infectionsübertragung nicht selten ist. Auch den Thürklinken kleben oft Infectionserreger an. Sie sollten, insbesondere in Krankenhäusern, wenn sie aus Messing bestehen, durch Waschen mit 6%iger Essigsäure durch drei Minuten, wenn aus Eisen oder Nickel, durch Waschen mit den bekannten Desinficentien von den Keimen befreit werden.

Ueber das Verhalten von Anstrichfarben gegenüber Bacterien hat Dr. Jacobitz (Halle) Versuche angestellt. Es wurden 10 verschiedene Farben geprüft. Die besten Ergebnisse lieferten ein Anstrich mit Porzellanemailfarbe, einer Zinkweiss- und Bleiweissölfarbe. Choleravibrionen und Diphteriebacillen von der mit der Emailfarbe bestrichenen Tafel zeigten beispielsweise schon nach vier Stunden, Typhusbacillen nach acht, Staphylococcus aureus und Streptococcus erysipelatis nach zwölf Stunden, sporenhaltige Milzbrandbacillen, nach 30 Tagen kein Wachstum mehr. Autors Untersuchungen lehrten, dass die desinficirende Wirkung vornehmlich von dem bei der Farbebereitung verwendeten Leinölfirniss abhänge. Die desinficirende Wirkung der genannten Farben konnte noch nach zehn Wochen erwiesen werden. Weitere Vorzüge, welche diesen Farben noch zukommen, bestehen in der Glätte des Anstriches, ihrer leichten Streichbarkeit, ihrer Deckkraft und weiters darin, dass der Anstrich ohne allen Schaden mit Carbol-

Digitized by Google

und Sublimatlösungen gewaschen werden kann. Schon aus letzterem Grunde, wenn auch die desinficirende Kraft der genannten Anstriche sich nicht lange halten würde, wäre die Wahl der genannten Farben für Krankenräume, Schulen, Kasernen, eventuell auch für Privatwohnungen, besonders Schlafzimmer, in Betracht zu ziehen.

Wie Dr. Kluczenko ausführt, haben zahlreiche eingehende Untersuchungen über die Formaldehyddesinfection das Resultat geliefert, dass wir im Formaldehyd ein sicheres, ausgezeichnetes Desinfectionsmittel besitzen, dass aber dasselbe nicht in die Tiefe der zu desinficirenden Substanzen dringt, sondern nur eine Oberflächendesinfection entfaltet. Auch müssen die Formaldehyddämpfe, um in verlässlicher Weise desinficirend zu wirken, mit Wasserdämpfen gesättigt sich. Der äusserst belästigende Geruch des Formaldehyd lässt sich durch Einleitung von Ammoniakdämpfen in den mit Formaldehyd gesättigten Raum beseitigen. Von den bis jetzt angewandten Präparaten ist eine 40%ige wässerige Lösung des Formaldehyds das entsprechendste und billigste Mittel. Zur Desinfection eignen sich diejenigen Apparate am Besten, welche das Formaldehyd gleichzeitig mit einer entsprechenden Menge Wasserdampf entwickeln. Die sogenannten Carboformalbriquettes zeichnen sich durch Einfachheit, Billigkeit und durch leicht zu handhabende Inbetriebsetzung besonders vorteilhaft aus. Es sind dies Patronen, bestehend aus 50 g festem Formaldehyd, deren jede einzelne in einer Kohlenhülse liegt. Diese Kohlenhülse glüht nach einmaligem Anzünden weiter und entwickelt genug Hitze um das Paraformaldehyd in Formaldehydgas umzuwandeln, ohne jedoch eine Entzündung zu bewirken.

Dr. Dieudonné (Würzburg) empfiehlt seine einfache Desinfectionsmethode mit Formaldehyd. Dieselbe läuft darauf hinaus, dass eine Formaldehydlösung gleichzeitig mit Wasser zur Verdampfung gebracht wird, und zwar mit Hilfe von 3 kg schweren Gussstahlbolzen, die, rot glühend gemacht, 500 g Flüssigkeit zu verdampfen vermögen. Die Verdampfung erfolgt am Besten in einem trichterförmigen Eisenblechgefäss, welches einen Aufnahmeraum für die Metallbolzen enthält und mit einem das Verspritzen von Flüssigkeit verhindernden Siebe oder gelochten Deckel versehen ist. Die Bolzen werden im Ofen bis zur dunklen Rotglut erhitzt und in den Apparat gebracht, sodann wird das Sieb aufgedeckt und durch dieses die verdünnte Formaldehydlösung gegossen. Die Dampfentwicklung ist eine so plötzliche und gewaltsame, dass die Luft des Raumes in der ausgiebigsten Weise durcheinandergewirbelt, bewegt und mit den wirksamen Dämpfen vermischt wird. Ein Verbrennen des Formaldehyds ist ausgeschlossen, weil die auf einmal zugefügte Menge Flüssigkeit ausreicht, die glühenden Bolzen sofort auf einen Wärmegrad zurückzusetzen, welche unter dem Entzündungspunkt der Flüssigkeit liegt, und die heftige Dampfentwicklung jeden Zutritt von Verbrennungsluft ausschliesst. Damit ist auch jegliche Feuersgefahr ausgeschlossen. Man benutzt die im Handel vorkommende 40%ige Formaldehydlösung und rechnet 2½ g Formaldehyd pro cbm des zu desinficirenden Raumes bei 7stündiger Einwirkung. Behufs Entfernung des Geruches nach der Desinfection verdampft man auch den Ammoniak vermittelst eines glühenden Bolzens in der angegebenen Weise. Der einfache Apparat ist von Direktor Krell in Hüsten i. W. angegeben.

Auf Grund seiner einschlägigen Versuche behauptet Dr. Spengler (Davos) dass Formalindämpfe Tuberkelbacillen nur dann abzutöten im Stande sind, wenn dem Formalin 0,5—1%ige Ameisensäure zugesetzt wird, eine Temperatur von 25° vorhanden ist und die Infectionsstoffe durchfeuchtet sind.

Nach Beleuchtung der Nachteile der üblichen Sublimatdesinfection, die in Reizung der Haut und in der geringeren Tiefenwirkung bestehen, berichtet Dr. Blumberg, dass er auf seiner Suche nach einer Quecksilberverbindung, die diese Nachteile nicht besitzt, das Quecksilbercitrat mit Aethylendiamin in 2—3%iger Lösung als ein brauchbares Desinficiens für Haut und Hände gefunden hat. Dies allein war flüssig herzustellen, wohingegen das Quecksilbersulfat mit Aethylendiamin auch in fester Zone gewonnen

Digitized by Google

werden konnte. Die Versuche, die er mit Mikrococcus tetragenus angestellt, sind zur vollsten Zufriedenheit ausgefallen.

Dr. Müller (Berlin) empfiehlt zur Händedesinfection die von ihm construirte Alkohol-Marmorseife. Dieses Verfahren soll die Principien der Sterilisation der Hände nach Mikulicz (Seifengeist) und nach Schleich (Marmorseife) combiniren. Mechanisch wirkt der Sand, keratolytisch und emulgirend die Seife und fettlösend der Alkohol. Verfasser empfiehlt sein Verfahren den Chirurgen zur bakteriologischen Nachprüfung.

Prof. Paul's und Prof. Sarwey's Versuche berechtigen die Autoren zu dem wenig erfreulichen Schlusse, dass es auch mit Hilfe so starker Bakteriengifte, wie sie die Verbindungen des Quecksilbers darstellen, nicht gelingt, die Haut der Hände keimfrei zu machen, möge man das Sublimat in wässeriger Lösung mit Alkohol combinirt oder nach vorausgegangener Entfettung der Haut mit Boluspaste, zur Anwendung bringen, möge man andere Lösungsmittel, wie Aceton und Methylalkohol benutzen, möge man die Haut mit sublimathaltigen Salben einreiben oder concentrirte wässerige Lösungen von complexen Quecksilberaethylendiaminverbindungen verwenden. Der Keimgehalt der Hände bleibt auch dann noch sehr bedeutend, ja überraschend gross, wenn man die Hände unmittelbar nach beendeter Desinfection, ohne vorhergehende Behandlung mit Schwefelammonium, auf ihren Keimgehalt prüft. Dessenungeachtet empfehlen Verfasser die Desinfection der Hände mit Sublimat vorzunehmen, so lange uns kein anderes besseres Mittel zur Verfügung steht.

Die sicherste aller Desinfektionsmethoden für Instrumente ist nach Dr. Polak das Auskochen. Seifenspiritus tödtet an Instrumenten getrockneten Staphylococcus pyogenes binnen 15 Minuten. Er ist ein ebenso gutes Mittel für mechanische Reinigung, falls man diese mindestens eine halbe Stunde lang fortsetzt. Von Belang ist überdies das Aufquellen von Eiter und Blut im Seifenbade, wodurch diese Stoffe sich leichter von den Instrumenten lösen. Es ist also die combinirte chemische und mechanische Anwendung des Seifenspiritus unter Umständen sehr zu empfehlen. Alkohol wirkt am Besten in 50%iger Stärke, steht aber dem Seifenspiritus nach und ist für mechanische Reinigung kaum zu gebrauchen.

Zur Sterilisation der elastischen Katheter bedient sich Dr. Kümmell (Hamburg) der gesättigten Ammoniumsulfuricum-Lösung (3 Amm. sulf. zu 5 Wasser). Nach zehn Minuten langem Kochen ist die Sterilisation vollständig; die Katheter werden in sterilem Wasser abgespült und direct gebraucht oder in Paraffinum liquidum oder dergleichen bis zum Gebrauch aufbewahrt. Schon nach zwei Minuten langem Kochen waren die mit allerlei Bakterien innen und aussen inficirten Instrumente steril; die Lackschicht wird nicht verdorben.

Dr. Valentine's (New-York) Ausführungen treten für die ausschliessliche Anwendung des Irrigators in der urologischen Praxis an Stelle der noch immer vielfach verwendeten Spritzen ein. Auch dem Gonorrhoiker, der sich selbst Injectionen macht, empfiehlt er, seinen „Autoirrigator" in die Hand zu geben.

Ein neues Modell einer aseptischen Morphiumspritze beschreibt Dr. Rosin (Berlin). Vom Deckel eines gefensterten Metallbehälters, der wasserdicht verschraubbar ist, hängt eine schmale Metallplatte senkrecht bis nahezu auf den Boden eines Glasgefässes hinab, welches seinerseits in die Metallkapsel eingefügt ist und so vom Deckel wasserdicht mit verschlossen wird. An dieser Metallplatte ist die Morphiumspritze mit kleinen Federbügeln befestigt, ferner ein cylindrischer Behälter mit den beiden Canülen, endlich einige Drähte für diese. Der Glasbehälter selbst bleibt mit absolutem Alkohol (nicht mit Weingeist!) gefüllt und so befindet sich Spritze und Zubehör stets in antiseptischer Flüssigkeit. Der Stempel der Spritze ist aus einer neuen Masse hergestellt, welche im Alkohol niemals schrumpfen kann. Vor dem Gebrauche lässt man den absoluten Alkohol von der Oberfläche der Spritze verdunsten, was in einer Minute geschehen ist, und spritzt sodann das Innere einmal oder zweimal mit der einzuspritzenden Lösung aus, damit auch der im Innern befindliche Rest von Alkohol entfernt

Digitized by Google

wird. Das Metall der Spritze und der Canülen wird von absolutem Alkohol sicher nicht angegriffen. Der kleine Apparat wird von der Firma H. Windler, Berlin N, Friedrichstrasse 133a verfertigt.

Auch Dr. Bass (Wien) berichtet über eine aseptische Pravazspritze. Ein dickwandiges, eprouvettenförmiges Glasgefäss ist durch einen Metalldeckel dicht verschraubbar, welcher an seiner dem Innern des Glases zugekehrten Seite eine kleine Schraubenspindel trägt, auf die der Knopf der Kolbenstange einer in Metall montirten Pravazspritze aufgeschraubt werden kann, so dass die Spritze frei in das Gefäss hineinhängt. Letzteres ist lang genug, um die Spritze bei aufgezogenem Kolben und aufgesetzter Nadel aufzunehmen. Ueber das Glasgefäss kommt zum Schutze eine Metallbüchse. Sowohl die Spritze als der Glasbehälter sind angefüllt mit einer 20%igen Formollösung, der 3% Borax zugesetzt wurde. In dieser Lösung erhalten sich spitze und schneidende Instrumente monatelang scharf und blank. Man hat auf diese Art nicht nur ein stets gebrauchsfertiges, aussen und innen steriles Instrument, sondern auch eine Spritze, deren Kolben in Folge der dauernden Befeuchtung vollkommen dicht schliesst, deren Canüle sich nicht verstopft, und welche bequem in jeder Instrumententasche unterzubringen ist. Unmittelbar vor dem Gebrauch wird die Spritze mit sterilem Wasser ausgespült. Bezugsquelle: Rudolf Kurtil in Wien.

Verbreitung von Infectionserregern durch Gebrauchsgegenstände von Dr. v. Esmarch (Hyg Rundschau Nr. 2). — Dr. Jacobitz über desinficirende Wandanstriche im Vereine der Aerzte zu Halle (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 20). — Formaldehyddesinfection von Dr Kluczenko (Oest.-ung. Centralbl. Nr. 6). — Ueber eine einfache Desinfectionsmethode mit Formaldehyd von Dr. Dieudonné (Aerztl. Praxis. — Medico Nr. 5). — Unter welchen Voraussetzungen desinficiren Formalindämpfe? von Dr. Spengler (Centralbl f Bact. 28. Bd. 20. Heft). — Dr. Blumberg über Quecksilberäthildiamin in fester Form als Desinfectionsmittel für Hände und Haut auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Münchener med Wochenschr. Nr. 17). — Zur Händedesinfection von Dr. Müller (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4). — Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection von Prof. Paul und Prof. Sarwey (Münchener med. Wochenschr. Nr. 38). — Die Desinfection schneidender chirurgischer Instrumente mit Seifenspiritus von Dr. Polak (Weekbl. v. k. Neederl. Tydschr. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 20). — Sterilisation der elastischen Katheter durch Kochen von Dr. Kümmell (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4). — Chirurgische Asepsis der Harnröhre und Blase von Dr. Valentine (The Journ. of the am. med. ass. — Wiener med. Blätter Nr. 7). — Ein neues Modell einer aseptischen Morphiumspritze von Dr. Rosin (Ther. d. Gegenw. 6. Heft). — Eine aseptische Pravazspritze von Dr. Bass (Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 22).

**Appendicitis.** Bezüglich der Aetiologie der acuten Erkrankung des Processus vermiformis kommt Dr. Klemm (Riga) auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Der Processus vermiformis ist den Lymphfollikeln zuzuzählen. 2. Die regressiven Vorgänge jenseits der 40er Jahre sind nicht als Degenerationssymptome aufzufassen, welche auf das Schwinden dieses Organes aus der Tierreihe schliessen lassen, sie sind ein durch den Leberprocess des Individuums bedingter Vorgang. 3. Auf der Schleimhaut des gesunden Processus vermiformis findet sich stets Bacterium coli in latentem Zustande. 4. Das Haften der Infection wird durch centrifugal gerichtete Leukocytenströme vereitelt. 5. Die Appendicitis ist den Infectionskrankheiten zuzuzählen; dieselbe ist in der Mehrzahl der Fälle eine Colimykose. 6. Die Appendicitis ist in die Klasse der Eiterkrankheiten des wachsenden Individuums einzureihen, welche sich hauptsächlich am lymphatischen Apparat abspielen und in der Lymphadenitis und Osteomyelitis in ihren mannigfachen bakteriologischen Varianten ihre Hauptvertreter finden.

Die Appendicitis kann nach Dr. Adrian im Gefolge acuter Allgemeinerkrankungen auftreten und die letzteren können sich vorzugsweise im Appendix localisiren. Es besteht beim Menschen zweifellos ein Zusammenhang zwischen gewöhnlicher Angina tonsillaris, Gelenkerkrankungen und Appendicitis. Wie die Tonsillen der Ausgangspunkt eines acuten Gelenkrheumatismus sein können, gerade so kann dasselbe nach einer Appendicitis der Fall sein; umgekehrt kann eine Appendicitis durch eine Gelenkerkrankung und diese wieder durch eine Angina eingeleitet werden. Der an Lymphfollikeln ungemein reiche Wurmfortsatz bildet dem

Digitized by Google

Anscheine nach beim Menschen und Tiere eine ähnliche bequeme Ablagerungsstätte für die Mikroben, wie es die mit serösen Häuten ausgestatteten Körperhöhlen und die Lymphdrüsen sind. Den Versuchen nach scheint der Appendix gegenüber der weiteren Darmschleimhaut und deren follicularen Apparaten eine besondere Prädilectionsstelle für eine von der Blutbahn aus erfolgte Infection zu bilden.

In einem in der Société de Thérapeutique gehaltenen Vortrage entwickelte Prof. Bourget (Lausanne) seine Anschauungen über die Behandlung der Perityphlitis. Zu dieser Krankheit neigende Personen sollen nach Bourget eine gemischte Diät wählen, wenig Fleisch, viel Gemüse, gut gekochte Früchte und viel Mehlspeisen. Vor dem Schlucken der Fruchtkerne — Steinkerne ausgenommen — brauchen sie keine Angst zu haben, sie wirken vielmehr günstig auf die Darmschleimhaut, wie Bourget behauptet, weil sie, aufgeweicht, einen Schleim liefern, der die Darmschleimhaut glatt und schlüpfrig macht. Die Hyperacidität des Magens muss sorgfältig beseitigt werden, was sehr gut durch Genuss von Milchbrei, Alkalien geschieht; jeden Tag muss der Darm entleert werden. Die Behandlung des acuten Perityphlitisanfalles besteht nach Bourget in einer Desinfection des Magens und Dünndarmes und Ausspülung des Dickdarmes. Sobald der Anfall, gleichgiltig ob leicht oder schwer, da ist, wird der Kranke auf flüssige Diät gesetzt, ervornehmlich Wassersuppen mit Hafermehl, Reis, Eier, wenn er keinen Hunger hat, leichten Thee mit wenig Milch. Er bekommt jeden Tag 15 bis 20,0 Ricinusöl in dem 1 g Salacetol aufgelöst ist. Wenn die gastrischen Störungen vorherrschen, Magenausspülungen mit 1%iger Natriumbicarbonatlösung. Weiters werden Darmspülungen vorgenommen. Der Kranke liegt auf der rechten Seite, der Kopf tiefer als das Becken. Ein Mastdarmrohr wird 5—10 cm eingeführt und 1 l 38° C. warmes Wasser, in dem 4 g Ichthyol gelöst sind, sehr langsam einfliessen gelassen. Gleichzeitig fliesst von einem Nebenapparate aus eine kleine Menge Olivenöl mit. Der Kranke bleibt, wenn möglich, 20—30 Minuten auf der rechten Seite liegen. Gleichzeitig kann eine Massage des Colon descendens vorgenommen werden! Diese Darmwaschungen werden täglich früh und abends durch zwei bis zehn Tage ausgeführt, dann durch Darreichung leichter Abführmittel ersetzt; statt des Ricinusöles wird ein salinisches Abführmittel gegeben:

Rp. Natr. bicarbon. purissimi,
Natr. phosphor. exsiccati,
Natr. sulfurici sicci ānā 5,0,
Aquae ad 1000,0.
M. D. S. Drei- bis viermal täglich da von 150,0 zu nehmen.

In der Zeit zwischen den Darmspülungen wende man in der Ileocoecalgegend Kataplasmen aus Leinsamenmehl oder, wenn die Geschwulst sehr stark und resistent ist, fünf bis sechs Blutegel an. Die Darmspülungen sollen Schmerzen und Koliken beseitigen, die Temperatur soll nach der ersten Darmauswaschung gleich herabgehen.

Prof. Bobroff (Moskau) verwirft bei Appendicitis die Opiumtherapie, und zwar deshalb, weil sie nur Stagnation der Fäcalmassen und der toxischen Elemente hervorruft. Das Bedenken andererseits, welches man gegen die Anwendung von Abführmitteln bei Appendicitis hegt, sei nur theoretischer Natur. Nehmen wir doch heutzutage gar keinen Anstand, schon 2—3 Tage nach einer Darmresection oder Gastroenterostomie ein Abführmittel zu verabfolgen, um eventuelle Peritonitis zu verhüten, warum sollten wir es denn nicht bei Appendicitis thun dürfen? Als schmerzlinderndes Mittel eigne sich am besten Belladonna oder Morphium subcutan.

Im Gegensatze zu Bobroff hält Dr. Titoff durchaus an der Opiumtherapie fest und weist darauf hin, von welch' eminenter Bedeutung es ist, den Kranken und das Publikum darauf aufmerksam zu machen, ein wie mächtiges Heilagens Ruhe ist. Er verwirft andererseits die Abführmittel bei der in Rede stehenden Krankheit, besonders in den ersten Tagen, wo es noch schwer zu entscheiden ist, ob man es mit einer Perityphlitis oder Peritonitis perforativa zu thun hat. Opium ist meist unentbehrlich, aber man soll es

Digitized by Google

nicht missbrauchen, da keine Narkose, keine Anästhesie nötig ist, sondern nur mässige Analgesie.

Alkoholumschläge bei Appendicitis wandten Prof. Filatow und Dr. Gow (Moskau) in einem Falle an. Der Einfluss der Verordnung war sehr günstig. Bald nachdem ein vierfach zusammengelegtes, mit 96% Alkohol getränktes und dann leicht ausgedrücktes Gazestück auf den Bauch gelegt war — darüber kam Flanell und ein Eisbeutel — liessen die Schmerzen nach und der Kranke, dem bis dahin der Eisbeutel allein sehr unangenehm gewesen war, fand zum erstenmale Schlaf von einigen Stunden Dauer. Mit dem Nachlass der Schmerzen hob sich auch das Allgemeinbefinden. Ueber die Art der Wirkung auf den Entzündungsprocess im Allgemeinen und auf den des Peritoneums im Besonderen, wollen Verfasser vor der Hand nicht näher urteilen. Sicher war der sichtbar tonisirende Einfluss auf den Puls und den Allgemeinzustand.

Auch Dr. Goniew führt einen Fall von Appendicitis an, in welchem die übliche Behandlung mit Opium, Eisbeutel etc. völlig versagte und mit Alkoholumschlägen Heilung erzielt wurde.

Dr. Metschnikoff weist darauf hin, dass Appendicitis nicht selten von Helminthen hervorgerufen wird. In allen Fällen, bei denen Verdacht auf Appendicitis besteht, ist deshalb die helminthologische Untersuchung der Fäcalmassen vorzunehmen. In allen Fällen, wo dies möglich ist, ist die anthelminthische Behandlung mit Santonin gegen Ascaris und Thymol gegen Trichocephalus einzuleiten. Personen, die an Appendicitis leiden, soll man den Genuss roher Früchte und Gemüse, sowie das Trinken nicht gekochten und filtrirten Wassers verbieten. Das Verbot des Genusses roher Nahrungsmittel und unreinen Wassers bildet eine wichtige prophylaktische Massregel. Von Zeit zu Zeit sind, namentlich bei Kindern, Stuhluntersuchungen vorzunehmen und Anthelminthica zu verabreichen. Verfasser hegt die Ueberzeugung, dass die Befolgung dieser Vorschriften eine gewisse Anzahl von Appendicitisfällen zur Heilung bringen, andere schwere Fälle erleichtern, und überhaupt zu einer Verminderung der Häufigkeit dieser Erkrankung führen wird.

Prof. Přibram demonstrirte dem Vereine deutscher Aerzte in Prag zwei genesene Fälle von Perityphlitis, welche mit Perforationsperitonitis in so desolatem Zustande ins Krankenhaus kamen, dass der im Princip für notwendig erachtete sofortige operative Eingriff von chirurgischer Seite wegen Aussichtslosigkeit in Anbetracht des schweren Collapses abgelehnt wurde. Beide Fälle zeigten neben enormem Meteorismus freies Exsudat, hippokratisches Gesicht, Pulslosigkeit, der eine gleichzeitig die Erscheinungen der Darmundurchgängigkeit. Mühsam und allmählich gelang es, die Kranken unter strengster Ruhelagerung und symptomatischer Behandlung aus dem schwersten Collaps herauszuleiten. Es kam zur Abgrenzung des Exsudates und es trat vollständige Genesung ein, in beiden Fällen in beiläufig 6 Wochen. Der Vortragende betont, dass die beiden vorgeführten Fälle in seiner Erfahrung keineswegs vereinzelt dastehen, sondern dass es öfter gelinge, so überaus schwierige Fälle durch eine rein symptomatische Behandlung durchzubringen, so dass dann eine eventuell nötige Radicaloperation unter ausserordentlich günstigeren Chancen à froid vorgenommen werden kann. Zum Schluss legt er Wert darauf, bei der symptomatischen Behandlung sich vor allzu langer Opiumdarreichung zu hüten, da die vermeintliche Ruhestellung des Darmes nur um so grössere Reize durch Stocken des Darminhaltes zur Folge zu haben pflegt und so ein unangenehmer Circulus vitiosus zwischen Abführen und Ruhigstellen herbeigeführt wird.

Prof. Rehn (Frankfurt a. M.) rät zu frühzeitiger Operation bei acuter Appendicitis. Man fürchtet sich immer vor der Eröffnung der Bauchhöhle. Wenn diese begründet wäre, müsste er eine kolossale Mortalität haben, denn die schwersten Zustände hat er transperitoneal operirt und von 180 Fällen 134 geheilt und 46 sind gestorben. 35 mal hat er bei schwerer eitriger Peritonitis operirt. Die schwersten Fälle sind nach seiner Meinung die mit subphrenischen Abscessen. Von ihnen allein sind 27 gestorben, da-

Digitized by Google

gegen ist ein Fall mit Thrombose der Vena cava inferior auch durchgekommen. 24mal hat er vor der Eiterung ohne einen Todesfall operirt. Von 33 Fällen mit acuter Gangrän sind 22 geheilt, 11 gestorben. Schliesslich ist er zu dem Resultat gekommen, nicht erst im Intervall, sondern überhaupt schnell einzugreifen, und glaubt auch nicht, dass es gefährlich sei, im acuten Anfall zu operiren. Er geht folgendermaassen vor: Breiter Schnitt, Eröffnung des Peritoneums, directes Vorgehen auf die Appendix. Durch Kochsalzspülungen wird diese zum Vorschein gebracht, resecirt und vernäht. Der Bauch wird bis auf eine Drainage geschlossen, durch diese mit heisser physiologischer Kochsalzlösung angefüllt, die dann abfliesst. Opium soll mit der grössten Kritik angewendet werden, weil es das Bild verschleiert. Alles kommt darauf an, den günstigen Moment für die Operation nicht verstreichen zu lassen.

Dr. Kümmell (Hamburg) redet der conservativen Behandlung das Wort. Von den 1042 Fällen des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses sind nur 1,6 Proc. gestorben. Zwar hält er auch an dem alten Grundsatz fest: Ubi pus ibi evacua, aber mit Ausnahme des Peritoneums.

Prof. Körte (Berlin) hält die Fälle, die zur Frühoperation geeignet sind, für recht schwer erkennbar.

In seinem Lehrbuche: „Pathologie und Therapie der Perityphlitis" hat Prof. Sonnenburg seine Indicationen für die Operation bei der Appendicitisperforation mit umschriebenem Abscess (der eigentlichen Perityphlitis) gegen früher eingeschränkt. Maassgebend für das operative Einschreiten sind das Verhalten des Allgemeinbefindens, des Fiebers, des Pulses und der örtlichen Symptome. Gleicht sich der Anfall nach 4—5 Tagen nicht aus, so soll man operiren. Der Wurmfortsatz soll immer mit entfernt werden, weil nur so alle Abscesse in der Umgebung des Fortsatzes erreicht werden können, und weil nur so eine Sicherheit für eine völlige Ausheilung der Krankheit geschaffen wird.

Bei der Einteilung der Epityphlitis schliesst sich Dr. Berndt an Sonnenburg an und unterscheidet acute und chronische catarrhalische Epityphlitis, sowie ulceröse perforative Epityphlitis mit circumscripter oder perforativer Peritonitis. Die acute catarrhalische Epityphlitis ist unbestrittenes Eigentum der inneren Medicin; dagegen ist die chronische catarrhalische Epityphlitis nur auf chirurgischem Wege zu heilen, nämlich durch Exstirpation des stets weniger oder mehr veränderten Wurmfortsatzes. Auch bei der Epityphlitis perforativa kann eine gründliche Heilung der Krankheit nur durch Entfernung des erkrankten Organs erzielt werden. Da jedoch in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle der acute Anfall von Epityphlitis perforativa bei abwartender Behandlung in das Stadium der Latenz übergeführt werden kann, so soll man die Entfernung des Wurmfortsatzes womöglich im anfallfreien Stadium vornehmen. Macht dagegen der Kranke von vornherein einen schwerkranken Eindruck, ist sein Puls schnell und klein, seine Atmung flach, zeigt das Gesicht den unverkennbaren Ausdruck der Todesangst, so ist eine sofortige Operation unter allen Umständen notwendig. Die Operation im Anfalle muss die Aufsuchung des Wurmfortsatzes zum Ziele haben, nicht in der Absicht, durch seine Entfernung einem Rückfalle vorzubeugen, sondern weil wir wissen, dass in seiner Umgebung der primäre Abscess, also das eigentlich Gefährliche der Krankheit zu finden ist. Die Eröffnung dieses Abscesses ist das Ziel der Operation.

Bei der Behandlung der Perityphlitis meint Dr. Lanz (Bern), es wäre das Richtigste, in jedem Falle sofort am ersten Tage den kranken Wurmfortsatz zu entfernen. Sind erst einmal 1 bis 2 Tage vergangen, dann rät er, mit der Operation zu warten, möglichst bis der Anfall ganz vorüber ist. Dabei soll der Kranke sorgfältig überwacht werden; bildet sich ein Exsudat, so soll man auch hier die Resorption der Natur überlassen und nur eingreifen, wenn es durchaus nötig erscheint, und sich dann möglichst auf die Eröffnung des Abscesses beschränken, jedenfalls darf die Appendix nicht in entzündetem unsicheren Terrain gesucht werden. Ist aber der Anfall über-



Digitized by Google

wunden, sind die entzündlichen Erscheinungen geschwunden, dann soll man jeden Kranken dringend zur Operation zureden.

Der operative Eingriff während eines Anfalles bei Blinddarmentzündung besteht nach Prof. Rosenberger (Würzburg) in weiter Durchtrennung der Bauchwand in der Ileocöcalgegend, um dem Secrete, dem Eiter oder der Jauche Abfluss zu verschaffen und gleichzeitig den Wurmfortsatz entfernen zu können. Diese Operation sollte nur im Krankenhause bei genügender Assistenz unternommen werden. Rosenberger hat von jeher die Auffassung vertreten, dass in der Privatpraxis wenigstens der Operation während eines typhlitischen Anfalles nur die Aufgabe zufallen soll, den gesetzten Entzündungsproducten freien Abfluss zu verschaffen. Ein solcher Eingriff ist in allen Fällen und unter allen Verhältnissen auf ungefährliche Weise zu erreichen, wenn man nur mit den Grundsätzen der aseptischen Wundbehandlung betraut ist.

In der Heidelberger chirurgischen Klinik wurden, wie Dr. Kaposi mitteilt, in den Jahren 1898 und 1899 70 Fälle von Appendicitis beobachtet. Die Kranken standen im Alter 3—61 Jahren. In drei Fällen handelte es sich um acute Perforationen (1 Todesfall); 25 mal um perityphlitische Abscesse (4 Todesfälle); 24 mal um chronische Appendicitis; 4 mal um tuberculöse, 2 mal um actinomycotische Appendicitis. Fünf Kranke wurden nicht operirt; bei drei Kranken handelte es sich nur um Fistelverschluss. Von den 52 Operirten, bei denen der Wurmfortsatz allein als der Uebelthäter angesehen werden musste, sind fünf gestorben. Von 42 Genesenen konnten weitere Nachrichten über das Resultat der Operation eingeholt werden. Vollkommen gesund, recidivfrei und ganz arbeitsfähig waren 31, und zwar 15 länger als 20 Monate. Ein typisches Recidiv ist in keinem Falle aufgetreten. Auch die elf nicht ganz Gesunden sind von den zum Teil heftigen und lange dauernden Anfällen seit der Operation befreit geblieben.

Prof. Sonnenburg (Berlin) unterscheidet neben der peritonealen Sepsis, der schwersten Infectionsform des Peritoneum, die auf einer Toxinämie beruht und häufig durch völligen Mangel an Exsudat, durch Darmlähmung mit ihren Folgen characterisirt ist, die diffuse, jauchig-eiterige und die progrediente fibrinös-eiterige Peritonitis. Sie entstehen im Anschluss an eine Perforation, bezw. acute Gangrän des Wurmfortsatzes, oder in Folge Platzens eines primär um die Appendix befindlichen Abscesses. Der letztere Entstehungsmodus ist nach Sonnenburg der häufigere. Die diffuse jauchig-eiterige Peritonitis entwickelt sich am häufigsten foudroyant (anatomisch zeigt sich die Serosa blutreich, ödematös, leicht abziehbar). Zwischen den meteoristisch aufgetriebenen Darmschlingen eiterig-jauchiges Exsudat, die Gefässe erweitert, mit Thromben gefüllt. Die progrediente fibrinös-eiterige Peritonitis verläuft meist gutartiger. Abgeschwächte Virulenz, geringe Menge der inficirenden Stoffe, ein widerstandsfähiges Peritoneum begünstigen ihr Vorkommen, das zwei Typen zeigt; nämlich Entwickelung der Eiterherde in directer Continuität oder Auftreten kleiner abgegrenzter Eiterherde zwischen den diffus verlöteten Darmschlingen. Die Erkennung der einzelnen Formen der diffusen Peritonitis stösst auf grosse Schwierigkeiten, weshalb auch die Stellung der Prognose unsicher ist. Die Indicationen zum chirurgischen Eingriffe bei beginnender diffuser Peritonitis decken sich im Allgemeinen mit den Indicationen zur Operation der Appendicitis im Anfalle überhaupt. In technischer Hinsicht empfiehlt Sonnenburg bei der Operation der diffusen Peritonitis den Flankenschnitt und die ausgiebige nachfolgende Tamponade. Ausspülungen macht er äusserst selten, da er nicht viel Günstiges davon gesehen hat. Bei der Nachbehandlung spielt die möglichst schnelle Entfernung der toxischen Stoffe aus dem Darmcanale eine grosse Rolle.

Bei der vom Processus vermiformis ausgehenden diffusen eiterigen Peritonitis hat Dr. Krogius (Helsingfors) von den aëroben Bakterien am häufigsten das Bacterium coli commune und verschiedene Arten von Diplokokken angetroffen. Gelegentlich fan-

Digitized by Google

den sich auch Bacillus pyocyaneus, Proteus vulgaris, Streptococcus pyogenes, niemals die pyogenen Staphylokokken. In der Regel lag eine Infection mit verschiedenen Bakterien vor. Völlig unstudiert sind bisher noch die anaëroben Bakterien, deren Bedeutung für die Krankheit vielleicht ebenso gross ist.

Prof. Dieulafoy (Paris) sieht in der Peritonitis bei weitem nicht die einzige Gefahr, welche die Entzündung des Wurmfortsatzes bietet. Es kann vielmehr vom localen Krankheitsherde aus zu einer Allgemeininfection des ganzen Organismus kommen, bei welcher Icterus, Oligurie, Anurie und hämorrhagische Ulcerationen des Magens auftreten können. Dieses letztere Vorkommen, welches Dieulafoy sechsmal in 9 Monaten gesehen hat, gibt eine besonders schlechte Prognose. In den seltensten Fällen kommen in diesem Zustande noch Heilungen vor. Zu den zweckmässigsten Massnahmen gehören in solchen Fällen Ausschaltung der Flüssigkeitszufuhr, grosse Seruminjectionen und vor allem absolute Ruhe des Magens.

Dr. Friedrich (Leipzig) schlägt folgende Operationsmethoden vor: 1. Bei einfachem Abscess: Schnittführung nur im Abscessbereich, nicht über denselben hinaus, wenn irgend möglich Entfernung des Wurmfortsatzes, doch unter der Voraussetzung, dass er ohne Lösung der bestehenden Verklebungen gegenüber dem gesunden Bauchfell entfernt werden kann. Passirt doch die Lockerung einer Verklebung und fällt eine spiegelnde Schlinge vor, so hat das nach seinen Erfahrungen nicht ein einziges Mal die allgemeine Peritonitis zur Folge gehabt; man muss nur dafür sorgen, dass die vorgefallene Schlinge nicht wieder zurückgleitet, sondern mit Tamponadegaze in Verbindung mit der Wand-Drainirung oder -Tamponade erhalten wird. In den meisten Fällen kann hiernach die Bauchdeckenwunde mit Naht in drei Etagen bis auf eine 2 cm lange Drain- oder Tamponlücke geschlossen werden. So gelingt es, selbst beim Abscess fast ausnahmslos eine ausgezeichnete Bauchwandnarbe zu erzielen. Nur incidiren und in allen diesen Fällen auf die Processussuche verzichten, ist nicht angezeigt, weil beim Belassen des Processus immerhin ein gewisser Procentsatz nachmals neue Beschwerden bekommt, der Processus, sowie die ausgetretenen Steine als Fremdkörper fortwirken können. 2. Bei progredienter Peritonitis ist von grossem Schnitt aus nach allen Richtungen, fast zwischen jedes Darmconvolut hinein zu drainiren und zu tamponiren, die Incisionsstelle weit (1/2 bis 2/3 der ganzen Ausdehnung) offen zu lassen, Drainage und Tamponade breit nach aussen zu leiten. 3. Bei Operation im Intervall hat peinlichste Asepsis zu walten; der Abtragung des Processus hat Uebernähung des Stumpfes, Einstülpung in die Darmlichte zu folgen. Nur bei „trockenem" Befund kann unmittelbar die ganze Incisionswunde durch Naht geschlossen werden; bei Vorhandensein kleiner Abscessgranulationen etc. ist mit zartem Tamponstreifen nach aussen durch 1 cm weite Nahtlücke zu drainiren. Die Bauchwandnaht hat uns tadellose Ergebnisse bei Anlage in drei Etagen, Peritoneal-, Fascien- und Hautnaht geliefert. Nicht ein Bauchbruch ist hierbei zu verzeichen. Nur bei zwei Fällen diffuser Peritonitis mit lange notwendig gewesener breiter Tamponade sind solche entstanden.

In der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien stellte Dr. v. Friedländer einen Knaben vor, bei dem ein Abscess des Appendix im Douglas erfolgreich operirt wurde. Der Demonstration schloss sich eine lebhafte Debatte an.

Nach Prof. Hochenegg finden sich 50% aller syphlitischen Abscesse am rechten Darmbeinteller, 30% im Douglas, die übrigen lagern teils im rechten, teils im linken Hypochondrium oder an einer nicht typischen Stelle im Bauchraume. Die Häufigkeit des Douglas-Abscesses rührt davon her, dass das Cavum Douglasii sowohl beim Stehen als beim Liegen den tiefsten Punkt der Peritonealhöhle einnimmt. Die Symptome des entstehenden und bestehenden Douglas-Abscesses setzen sich aus den Symptomenketten der Perforation (plötzlicher Schmerz, Shock, Fieber, Erbrechen), dann aus den der peritonealen Reizung (Schmerz im ganzen Abdomen, gespannte Bauchdecken), und an dritter Stelle aus den Localsym-



Digitized by Google

ptomen des wachsenden Abscesses zusammen. Diese sind viel undeutlicher als die beiden ersten Gruppen; sie setzen meist erst nach dem Abklingen jener ein und sind meist nur Drucksymptome (Harn-Stuhlverhaltung), öfter das Bild eines subacuten Darmverschlusses vortäuschend. Die Diagnose erfolgt durch die rectale Untersuchung, die einen fluctuirenden Tumor, oder eine derbe Infiltration, die vordere Rectalwand ins Lumen vorwölbend ergibt. Solche primär im Douglas entstandene Abscesse sind nur von unten her zu eröffnen: der abdominale Weg ist direct gefährlich; der rectale Weg ist wegen eventueller Darmverletzung nur bei deutlich fluctuirendem, die Mastdarmwand stark vordrängendem Abscesse gestattet. Dagegen liefert die sacrale Methode recht gute Resultate: Unter sieben derartig Operirten kein Todesfall. Sie ist sehr rasch und relativ mühelos auszuführen. Hochenegg hat sie in weiteren 174 Fällen anderer Natur stets mit günstigem Resultate in Anwendung gebracht. Man sehe bei der Nachbehandlung nur auf die richtige Lage des Drains und eine entsprechende Stuhlentleerung.

Dr. Schnitzler empfiehlt für die Douglasabscesse besonders den Weg per rectum oder vom Perineum aus. Ersteren wird man dann einschlagen, wenn der Tumor sich gegen das Rectum vorwölbt; Schnitzler hat in den letzten 1½ Jahren fünf derartige Fälle operirt und ungestörten Heilungsverlauf gesehen. Bei höher liegenden Abscessen ohne Vorwölbung der Rectalwand wählte er die perineale Operationsmethode (drei Fälle). Die parasacrale Methode sei wohl technisch einfach, die Drainageverhältnisse aber ungünstigere, als bei der perinealen Methode, welche für Douglas-Abscesse seiner Meinung nach in der Regel vorzuziehen sei; in erster Linie ist aber die Incision per rectum, wo sie anwendbar ist, das schonendste und am raschesten zur Heilung führende Verfahren.

Nach Dr. Frank's Erfahrungen ist für tief herabgestiegene vom Rectum tastbare Abscesse die Eröffnung vom Mastdarme her, für höher sitzende die perineale Incision mit Mastdarmablösung der leistungsfähigste, schonendste und am wenigsten verunstaltende Weg.

Bei nicht virginellen Kranken erscheint Dr. Latzko die vaginale Incision von Douglas-Abscessen typhlitischen oder genitalen Ursprunges in der Regel jedem anderen Verfahren vorzuziehen.

Dr. Gersuny hat selbst noch keinen perityphlitischen Abscess im Douglasschen Raume von unten her eröffnet; ein Nachteil ist allen Eröffnungen von unten her gemeinsam: die Unmöglichkeit, den kranken Appendix gleichzeitig mit zu entfernen. Er hält die Entfernung des Appendix bei der Abscesseröffnung für wünschenswert, weil er selbst auffallend häufig gezwungen war, einige Zeit nach einfacher Incision eine zweite Operation zur Exstirpation des Appendix auszuführen und weil er von dem Aufsuchen des Appendix nach Entleerung des Abscesses unter sorgfältiger Tamponade gegen das freie Peritoneum keinen Nachteil gesehen hat.

Ueber die Aetiologie der acuten Erkrankung des Processus vermiformis von Dr. Klemm (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 21). — Appendicitis als Folge einer Allgemeinerkrankung von Dr. Adrian (Grenzgeb. der Med. u. Chir. 7. Bd. 4. u. 5. Heft). — Prof. Bourget über die medicinische Behandlung der Perityhlitis in der Société de Therapeutique (Ther. Monatsh. Nr. 7). — Ueber Perityphlitis von Prof. Bobroff (Klinitsch. Journ. — Ther. d. Gegenw. 11. Heft). — Behandlung der Appendicitis von Dr. Fitoff (Ebendaselbst). — Alkoholumschläge bei Appendicitis von Prof. Filatow und Dr. Gold (Medico Nr. 1). — Appendicitis behandelt mit Alkoholcompressen von Dr. Goniew (Ther. d. Gegenw. 11. Heft). — Helminthiologische Beiträge zur Appendicitis von Dr. Metschnikoff (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 12). — Prof. Pribram über Perityphlitis im Vereine deutscher Aerzte in Prag (Prager med. Wochenschr. Nr. 13). — Prof. Rehn, Dr. Kümmell und Dr. Körte über chirurgische Behandlung der acuten Peritonitis auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19). — Pathologie und Therapie der Perityphlitis von Prof. Sonnenburg (Leipzig, Verlag von Vogel, 1900). — Ueber Epityphlitis und den gegenwärtigen Stand ihrer Behandlung von Dr. Berndt (Münchener med. Wochenschrift — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Die Indicationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis von Dr. Lanz (Corresp. f. Schw. Aerzte. — Schmidt's Jahrbücher 269. Bd. 3. Heft). — Ueber chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung speciell über die Art und Bedeutung des operativen Vorgehens während des Anfalles von Prof Rosenberger (Würzburger Abh. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Weiterer statistischer Bericht über die an der Heidelberger Klinik be-

Digitized by Google

obachteten Appendicitisfälle von Dr. Kaposi (Beitr. f. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft). — Bemerkungen zur diffusen Peritonitis bei Appendicitis von Prof. Sonnenburg (Prager med. Wochenschrift. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Ueber die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung von Dr. Krogius (Jena, Verlag von Fischer. — Ueber die Gefahren der Appendicitis von Prof. Dieulafoy (Presse Med. — Wiener med. Blätter Nr. 26). — Dr. Friedrich über chirurgische Indicationsstellung bei Perityphlitis und von Perityphlitis ausgehender acuter allgemeiner Peritonitis in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig (Münchener med. Wochenschr. Nr. 16). — Dr. v. Friedländer, Prof. Hochenegg, Dr. Schnitzler, Dr. Frank, Dr. Latzko und Dr. Gersuny über Behandlung des perityphlitischen Douglasabscesses in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (Wiener med. Blätter Nr. 5, 7 u. 9).

**Arsenneuritis.** Dr. Bury teilt einige Erfahrungen mit, die er in den vielen Fällen von Arsenikneuritis machen konnte. Dieselben sind in Manchester nach Genuss von Bier beobachtet worden. Ausser den bei dieser Krankheit häufigen Hautveränderungen (Pigmentation, Herpes zoster, bullöse oder erythematöse Exantheme) sah Bury Ausfall der Haare und der Nägel, Oedem der Augenlider, Ulcerationen am Gaumen und intermittirende Dysurie und Glykosurie. Auffallend war, dass heftige Verdauungsstörungen ziemlich selten beobachtet wurden. Bei einigen Kranken wurde eine Herzvergrösserung gefunden, obwohl starker Biergenuss in Abrede gestellt wurde. Bei einer Patientin wurden Symptome der sogenannten Korssakowschen Psychose festgestellt. Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, dass Hyperästhesie der Haut und der Muskeln, Erythromelalgie und Ataxie, die bei Alkoholneuritis häufig sind, bei den Kranken dieser Arsenik-Epidemie auffallend oft vorhanden waren. Bury hebt besonders hervor, dass wirkliche Ataxie in seinen Fällen viel häufiger war, als er sie je bei seinen Alkoholikern gefunden hatte. Bezüglich der Behandlung empfiehlt er in erster Linie absolute Bettruhe, in den schweren Fällen Wasserbetten, ferner warme Umschläge, Salicyl, Jod und Antineuralgica. Grossen Wert legt er auf gute Ernährung, Ventilation und Zutritt von Sonnenlicht. Nach Ablauf des acuten Stadium werden Massage, Elektricität und Badebehandlung empfohlen.

Bemerkungen zur Diagnose und Behandlung der Arsenikneuritis von Dr. Bury (Brit. med. Journ. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft).

**Arteriosclerose.** Prof. Combemale (Paris) stellt als erste Indication in der Behandlung der Arteriosclerose die Herabsetzung des Gefässtonus auf. Der übermässige arterielle Tonus ist gleichzeitig Ursache und Wirkung der Arteriosclerose. In erster Linie ist auf die Diät zu achten; dem Kranken sind alle scharfen und gewürzten Speisen, abgestandenes Wildpret, Salz- und Rauchfleisch, fette Speisen, Thee, Kaffee, Alkohol in Form von Wein, Spirituosen oder alkoholreichem Bier zu verbieten. Die Menge der Getränke ist einzuschränken. Vorteilhaft ist eine Nahrung reich an Milch und Milchspeisen, frischen Gemüsen, frischem Fleisch, gut gekocht; als Getränk ein diuretisches Mineralwasser, wie Contréxeville oder Vichy, nüchtern, zwischen den Mahlzeiten genossen. Als gefässerweiternde Mittel wendet Combemale Nitroglycerin und Tetranitrol an. Er gibt jeden Monat 20 Tage lang 4—10 Tropfen einer 1%igen alkoholischen Lösung von Nitroglycerin. Man beginnt mit täglich 4 Tropfen, in 2 Dosen zu nehmen, und steigt alle drei Tage um einen Tropfen. Sobald man Klopfen der Stirnarterien verspürt, muss die Dose verringert oder die Medication ausgesetzt werden. Tetranitrol wirkt langsamer, etwa erst zwei Stunden nach der Einnahme; die Wirkung hält aber auch etwas länger an. Das Mittel wird in Dosen von 5—10 mg täglich auf mehrere Dosen verteilt, in Form von Tabletten oder in alkoholischer Lösung gegeben. Im Anschluss an diese Behandlung empfiehlt sich eine mässige diuretische Therapie. So z. B. morgens und abends ein Glas Mineralwasser von Vittel oder Contréxeville mit 0,1 Lycetol oder viermal täglich 0,5 Theobromin zwei Tage lang. Die Woche darauf täglich 2—4 Theobrominpulver à 0,25 g. Bauchmassage und salinische Abführmittel oder Calomel sind ebenfalls zweckmässig. Sind Zeichen von Herzschwäche vorhanden, so macht man einen Aderlass von 200—400 ccm; darauf kann man Digitalin oder Coffein geben. Contraindicirt sind Mittel wie Antipyrin,

Digitized by Google

Morphin, Secale, Atropin, Sulfonal, welche alle mehr oder weniger die Urinsecretion beeinträchtigen. Schädlich für die Kranken ist der Aufenthalt im Hochgebirge, ebenso in comprimirter Luft; ausserdem sind zu vermeiden Sool- und Schwefelbäder. Warme Bäder von 34—36° C. und zehn Minuten Dauer zweimal wöchentlich sind dagegen zu empfehlen, ebenso auch nasse oder trockene Abreibungen morgens beim Aufstehen. Ein Mittel, welches direct auf den Erkrankungsprocess einwirkt, ist das Jodkali, das in Dosen 0,1—0,3 20 Tage pro Monat gegeben wird, sobald man Galopprhythmus bemerkt. Später kann die Dosis auf 1,0 g erhöht werden. Treten Zeichen von Herzschwäche oder Oedeme auf, so ist Jodkali auszusetzen und Digitalin zu geben.

Zur Behandlung der Arteriosclerose empfiehlt Dr. Truneček (Prag) folgendes anorganisches Serum:

| | |
|---|---|
| Natrium sulfuricum | 0,44 |
| Natrium chloratum | 4,92 |
| Natrium phosphoricum | 0,15 |
| Natrium carbonicum | 0,21 |
| Kalium sulfuricum | 0,4 |
| Aq. destillata ad | 100,0. |

Verfasser berichtet von einem so behandelten Fall von Aneurysma der Aorta, in welchem nach Injection von im Ganzen 12 ccm dieses Serums die vorher fühlbaren Pulsationen völlig aufhörten und der Allgemeinzustand des Patienten ein vorzüglicher wurde. Es werden noch mehrere erheblich gebesserte Fälle von Arteriosclerose beschrieben. Die Anwendungsart ist folgende: Zuerst wird 1 ccm subcutan injicirt; dann injicirt man alle 4—7 Tage, und zwar jedes Mal 0,2—0,5 ccm mehr, bis man 5 ccm erreicht. Nur einmal wurden 7,5 ccm verbraucht. Am meisten wird durch diese Medication die Dyspnoe gebessert, dann aber auch das Asthma cardiale. Schlaf und Appetit kommen wieder, der Allgemeinzustand hebt sich. Ein fühlbares Zurückgehen der Arteriosclerose ist nicht zu constatiren. Nur bei hyperacidem Urin ist die Methode verwendbar, contraindicirt ist sie bei alkalischem und neutralem Harn.

**Behandlung der Arteriosclerose** von Prof. Combemale (Rev. thérap. méd.-chir. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 9). — **Behandlung der Arteriosclerose** durch subcutane Injectionen von anorganischem Serum von Dr. Truneček (Sem. méd. — Allg. med. Centralzeitung Nr. 74).

**Aspirin.** Dr. Worobjew (Moskau) hat das Aspirin in 30 Fällen von acutem Gelenkrheumatismus, 4 Fällen seröser Pleuritis, in einem Falle von Abdominaltyphus und in vielen Influenza- und Neuralgiefällen angewandt. Eingenommen wurde das Aspirin von den Patienten dreimal täglich zu 0,5 g, 2—3 Tage lang, worauf die Dosis bis auf 1,0 erhöht wurde. Die Schmerzen wurden immer durch das Mittel rasch gelindert, die Temperatur sehr rasch herabgesetzt, der Allgemeinzustand gebessert. Vor dem salicylsauren Natron hat das Aspirin den grossen Vorzug, dass es rasch wirkt; eine radicale Heilung wird aber durch das salicylsaure Natron sicherer erreicht, als durch das Aspirin.

Nach Dr. Kirchner's ausgedehnten Versuchen gebührt dem Aspirin in der speciellen Augentherapie ein bevorzugter Platz bei den auf rheumatische Ursachen zurückzuführenden Erkrankungen, speciell bei der Iritis; ferner bei iridocyclitischen und cyclitischen Processen verschiedener Herkunft. Unabhängig von seiner antirheumatischen Wirkung besitzt das Aspirin ferner eine hervorragende schmerzstillende Wirkung, die besonders bei Trigeminusneuralgien, Kopfschmerzen und in sonst incurablen Fällen zu verwerten ist, in denen es das auf die Dauer gefährliche Morphin manchmal vollkommen zu ersetzen vermag.

In der Kinderpraxis wurde das Aspirin von Dr. Landau und Dr. Schudmak im israelitischen Spitale in Krakau geprüft. Es bewährte sich ihnen vor Allem beim Rheumatismus und verwandten Erkrankungen. Hier geben sie ihm den Vorzug vor allen anderen Salicylpräparaten. Des Weiteren machen sie auch auf die antipyretische Wirkung dieses Mittels aufmerksam, da es manchmal in Fällen nützte, wo durch andere Mittel kein Erfolg zu erzielen war.

Dr. Gottschalk (Berlin) hält das Aspirin bei Kinderkrankheiten dem salicylsaurem Natron gleichwertig. Es

Digitized by Google

belästigt nicht den Magen. Die Einzelgabe in den ersten Lebensjahren beträgt etwa 1/4 g, später 1/2 g. Die Maximalgabe bei grösseren Kindern pro die ist 2—3 g.

Dr. Besançon und Dr. Paulesco (Paris) rühmen den guten Erfolg, den sie mit Aspirin bei Chorea erzielten. Die Dosirung schwankt je nach der Altersstufe zwischen 2 und 4 g pro Tag und der Erfolg macht sich schon nach wenigen Tagen bemerkbar. Die hygienischen Massnahmen dürfen natürlich nicht ausser Acht gelassen werden; im Uebrigen empfehlen sie Milchregime, Fleisch, selbst rohes, Butter, Somatose und die übrigen fett- und eiweisshaltigen Stoffe.

Dr. Graul (Würzburg) kann auf Grund seiner Erfahrungen dem Aspirin, was die prompte und zuverlässige Wirkung des Mittels als Antirheumaticum und Analgeticum betrifft, keinen Vorzug vor dem salicylsauren Natron geben. Auch konnte er grössere und geringere unangenehme Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Aufstossen, Brechneigung etc. beobachten.

Ueber Aspirin bei acutem Gelenkrheumatismus von Dr. Worobjew (Bolnitsch. gazt. Botk. — Rev. der russ. med. Zeitschr. Nr. 9). — Ueber die Verwendung des Aspirins bei Augenkrankheiten von Dr. Kirchner (Ophthalm. Klin. Nr. 18). — Der therapeutische Wert des Aspirins in der Kinderpraxis von Dr. Landau und Dr. Schudmak (Die Heilk. Nr. 10). — Aspirin und Dionin bei Kinderkrankheiten von Dr. Gottschalk (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30). — Aetiologie der Chorea und ihre Behandlung durch Aspirin von Dr. Besançon und Dr. Paulesco (Journ. de méd. int. — Allg. med. Centralzeitg. Nr. 37). — Ueber den therapeutischen Wert des Aspirins von Dr. Graul (Deutsche Praxis Nr. 3).

**Asterol.** Das Asterol ist, wie Dr. Friedländer mitteilt, eine Sulfo-Phenyl-Quecksilberverbindung, die sich sowohl zum Desinficiren der Hände und Instrumente, als auch zu intramusculären Injectionen in der Syphilistherapie und ebenso in der urologischen Praxis eignet. Die Fabrikchemiker geben den Gehalt an Hg mit 15,1% an. Die 2%igen Lösungen des Mittels sind klar und haltbar; um stärkere Lösungen zu erhalten, muss Asterol und Borax zu gleichen Teilen gekocht werden, es entsteht dann eine 6%ige Lösung, die aber nach einiger Zeit einen Bodensatz bildet. Wenn Asterol einer Eiweisslösung zugesetzt wurde, so bildete sich eine viel schwächere Trübung, als die entsprechende Sublimatlösung; selbst eine 8%ige Asterollösung verhielt sich so. Metallinstrumente in 4%ige Asterollösung getaucht, zeigten eine schwache graue Trübung, wurden aber gar nicht angegriffen. Intramusculäre Injectionen einer 5—8%igen Lösung waren weniger schmerzhaft, als entsprechende Sublimatinjectionen, auch heilten die betreffenden Syphilisproducte rasch ab. Doch ist bei dem gegenwärtigen Stande der Dinge noch nicht zu sagen, wie viel Hg in den Kreislauf gelangt, da sich stets ein Bodensatz bildet. Subcutane kleine Einspritzungen unter weiche Schanker brachten rasche Heilungen. Der Gonorrhöe gegenüber scheint es weniger zu leisten, als die neueren Injectionsmittel, dagegen bewährte es sich als Spülmittel der Blase.

Dr. Manasse (Karlsruhe) stellte in einer Anzahl von Fällen der verschiedensten Art mit dem Mittel Versuche an. Dieselben berechtigen ihn zu dem Schlusse, dass das Asterol den meist üblichen Desinficientien (Sublimat, Carbol und Lysol) gleichwertig zur Seite steht, aber vor jedem von ihnen mannigfache Vorzüge besitzt, sodass dasselbe dem Chirurgen sowohl, als auch dem Praktiker zur allgemeinen Verwendung als Desinficiens und Antisepticum empfohlen werden kann.

Ueber das Asterol von Dr. Friedländer (Deutsche Aerzte-Zeitg. Nr. 8). — Das Asterol als Antisepticum von Dr. Manasse (Therap. Monatsh. 7. Heft).

**Augenmedicamente.** Dr. Herrnheiser (Prag) hebt aus der Menge neuer Mittel einige hervor, die nach seiner Erfahrung empfehlenswert sind: 1. Als Ersatz für das stark riechende Jodoform gebraucht Herrnheiser Airol, das sehr desinficirend wirkt. Eine gute Paste auf genähte Wunden ist:

| | |
|---|---|
| Airol | 5,0 |
| Linim. exsiccans Pick | |
| Bolus alba | āā. 10,0 |

2. Xeroform als Ersatz für Calomel bei Bindehautekzem. 3. Die zwar alte, aber

Digitized by Google

erst in ihrer genauen Zubereitung nach Brackebusch sicher und reisloz wirkende gelbe Quecksilbersalbe. 4. Das Sublimatvaselin bei Hornhautgeschwüren:

| | |
|---|---|
| Hydrarg. bichlor. corros. | 0,025 |
| Atropin. sulfur. | 0,10 |
| Vaselin. alb. | 20,0 |

Misce exactissime.

5. Protargol 5—10% bei chronischer Thränensackblenorrhöe als Durchspülungsflüssigkeit. 6. Das in der letzten Zeit viel gepriesene Dionin gebraucht Herrnheiser besonders zur Aufhellung frischer Hornhauttrübungen.

Auf Veranlassung des Prof. Szili wendete Dr. Vermes (Budapest) längere Zeit das Dionin bei verschiedenen Krankheiten des Auges an. In den Bindehautsack gebracht, bewirkt es in Pulverform, weniger in Lösung, starken Thränenfluss, Fremdkörpergefühl, Schwellung und Chemosis der Bindehaut. Der Anfangs manchmal sehr starke Schmerz soll besonders bei gleichzeitiger Cocainanwendung, bald verschwinden. Die eigentliche Wirkung des Dionin beruht in einer raschen Erweiterung der Blutgefässe und ganz bedeutenden Vermehrung der Lymphströmung. Mit Wolfberg stimmt Vermes darin überein, dass das neue Mittel jedenfalls bei Erkrankung der Hornhaut (wenn diese Erkrankung nicht von einer Bindehauterkrankung abhängig ist) der Iris und des Strahlenkörpers von grossem Nutzen sei.

Dr. Basalow hat das Dionin in 119 Fällen von verschiedenen Augenerkrankungen in Lösungen von 5—10% oder auch in Pulverform angewendet Besonders auffallend und stetig war die schmerzstillende Wirkung des Mittels. Sehr gute Resultate ergab das Dionin bei Phlyktänen. Desgleichen hellte sich unter der Dioninbehandlung die Hornhaut nach parenchymatösen Entzündungen derselben rasch auf. Den Höhepunkt seiner Wirkung erreichte das Dionin innerhalb der ersten Woche seiner Anwendung. Von der weiteren Anwendung desselben wurde wesentliche Besserung nicht mehr erzielt. Das Dionin bietet nur den Nachteil, dass es eine starke Chemosis (Oedem der Augenbindehaut) entwickelt, die sowohl bei der Anwendung des Mittels in Pulverform, wie auch in 10%iger Lösung eintritt und 2—7 Stunden anhält.

Dr. Beljarminow hat sich von der schmerzstillenden Wirkung des Dionins in einigen Fällen von acutem Glaukom überzeugt: Einige Tropfen einer 10%igen Dioninlösung oder 2—3 Körnchen pulverförmigen Dionins beseitigten die heftigsten Schmerzen, die zuvor weder durch Pilocarpin, noch durch Eserin bekämpft werden konnten. Bezüglich der resorbirenden Wirkung des Dionins (bei parenchymatöser Hornhautentzündung) bemerkt Beljarminow, dass er den Eindruck gewann, dass der Verlauf des Krankheitsprocesses durch das Dionin abgekürzt werde. Jedenfalls steigerte das Mittel die bestehende Reizung nicht im Geringsten, selbst nicht in acuten Fällen von parenchymatöser Hornhautentzündung.

Ueber einige neuere Heilmittel bei der Behandlung der Augenkrankheiten von Dr. Herrnheiser (Deutsche Praxis Nr. 8. u. 9). — Das Dionin in der Augenheilkunde von Dr. Vermes (Mitteil. aus der ophth. Abt. d. Budapester isr. Spitals. — Schm. Jahrb. 262. Bd. 10. Heft). — Dr. Basalow und Dr. Beljarminow über die Wirkung des Dionins auf das Auge in der Petersburger ophthalmologischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 42).

**Autointoxicationen.** Autointoxicationen entstehen nach Prof. Senator (Berlin) 1. durch die Zurückhaltung und Aufstauung normaler Auswurfstoffe im Körper: Retention-Autointoxication; 2. durch die Aufnahme in (normalen oder krankhaften) Hohlräumen durch Zersetzung (Fäulniss, Gährung) entstandener Gifte in das Blut: Resorption-Autointoxicationen; 3. durch krankhafte Blutbeschaffenheit und durch krankhafte Stoffwechselvorgänge in den Geweben, Parenchymzellen, Säften des Körpers: dyskrasische oder histogene Autointoxicationen; 4. durch Gifte, die von Mikroparasiten im Körper gebildet sind: Infection-Autointoxicationen. Die ganze Gruppe der Autointoxication kann man sich folgendermassen auseinanderlegen: A. Retentions-Autointoxicationen. Kohlensäure-Intoxicationen (und verminderte Sauerstoffaufnahme) bei Hindernissen in den Luftwegen. B. Re-

Digitized by Google

sorptions-Autointoxicationen. 1. Gastro-intestinale (enterogene): Phenolurie (Indicanurie u. s. w.) bei Obstipation, Ileus, Peritonitis. Diaceturie (Acetonurie) bei Verdauungsstörungen und übermässiger Fettzufuhr. Hydrothionämie. Tetanie? Perniciöse Anämie bei Helminthiasis (Anchylostomum, Botriocephalus u. s. w.)? 2. Durch Resorption aus der Harnblase (cystogene): Ammoniämie, Hydrothionämie. 3. Durch Resorption aus anderen Hohlräumen: Phenolurie (Indicanurie). Hydrothionurie. Rheumatoiderkrankung der Bronchiektatiker? A. und B. Combinirte Retentions- und Resorptions-Intoxication: Icterus. C. Dyskrasische und histogene Autointoxicationen: 1. Durch Plasmolyse: Acidosis (Säureintoxication). 2. Durch Nucleolyse (harnsaure Diathesen). 3. Durch Anomalie specifischer innerer Sekretionen: Morbus Basedowii, Cachexia strumipriva, Myxödem. Diabetes nach Ausschaltung des Pankreas, Morbus Addisonii (in Beziehung zu Nebennierenerkrankung). Akromegalie (in Beziehung zu Erkrankungen der Hypophysis)? A. oder B. und C. Combinirte Retentions- bezw. Resorptions- und dyskrasische Autointoxicationen. Urämie bei Leistungsunfähigkeit der Nieren, Cholämie bei Leistungsunfähigkeit der Leber. D. Autointoxicationen bei Infectionskrankheiten.

Die mannigfaltigsten Uebermüdungen, wie geistige, geschlechtliche, körperliche geben nach Prof. v. Poehl (St. Petersburg) übereinstimmend in allen Fällen durch Autointoxication nachstehende Abweichungen von der Norm des Stoffumsatzes. 1. Die Alcalescenz der Gewebssäfte wird herabgesetzt. Die bei der Reizung der Nerven wie Muskelgewebe sich bildenden sauren Producte, hauptsächlich Milchsäure, vermögen locale oder allgemeine Säureintoxicationen hervorzurufen. 2. Die Energie der Oxydationsprocesse wird herabgesetzt, hauptsächlich diejenige der Gewebsatmung, welche die Aufgabe hat, die bei Reizung der Nerven auftretende Milchsäure zu zerstören resp. zu Kohlensäure zu verbrennen. 3. Auch sogenannte indifferente intermediäre Stoffwechselproducte, wie die Harnsäure, können als schwerlösliche Körper bei Anhäufung in den Geweben als Fremdkörper die Functionen derselben stören. 4. Die osmotischen Spannungen der Gewebssäfte werden herabgesetzt, was eine Beeinträchtigung der Herzthätigkeit zur Folge hat. 5. Die Strömungsgeschwindigkeit des Harncanälcheninhalts nimmt wesentlich ab, was auf Nierenstauung hinweist. 6. Das elektrische Leitungsvermögen der Gewebssäfte wird herabgesetzt. Alle obenerwähnten Stoffumsatzabweichungen beweisen uns, dass wir es bei Uebermüdungen mit Autointoxicationen in Folge herabgesetzter Gewebsatmung resp. Blutalcalescenz zu thun haben. Dies erklärt uns, dass trotz der Gleichartigkeit der physiologisch-chemischen Alteration die Uebermüdungs-Erkrankungen (Neurasthenie, verschiedene Nervenleiden, Diathesen etc.) so mannigfaltig sind. Andererseits finden wir darin eine Erklärung dafür, dass alle diese verschiedenen Erkrankungen durch eine und dieselbe therapeutische Methode günstig beeinflusst werden, sobald sie herabgesetzte Gewebsatmung zur Norm bringt. Dazu gehören die Sauerstofftherapie, frische Luft, Spermintherapie, alkalische Mineralwässer, Gymnastik, Bäder etc., welche direct oder indirect die Oxydationsvorgänge im Organismus fördern, gleichzeitig die Alcalescenz der Gewebssäfte steigern und dadurch die schädigenden Momente der Uebermüdung eliminiren.

Die Autointoxicationen und ihre Behandlung von Prof. Senator in Prof. von Leyden's und Dr. Klemperer's: Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. Wien und Leipzig 1901. Urban und Schwarzenberg. I. Bd. — Prof v. Poehl über Nervenüberreizungen als Ursache von Intoxicationen auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Med. Woche Nr. 49).

Digitized by Google

# B.

**Bacillol.** Das Bacillol ist nach Dr. Werner und Dr. Pajič eine dunkelbraune Flüssigkeit von öliger Consistenz, sehr schwachem, creosotartigem Geruch und alkalischer Reaction. Es stellt eine Auflösung von Teerölen in Seife dar und besitzt ein ausgezeichnetes Lösungsvermögen, da es in Wasser bei jeglicher Temperatur und in jedem beliebigen Mengungsverhältniss lösbar ist. Mit destillirtem Wasser gemischt, entsteht eine klare Flüssigkeit, wird es jedoch in gewöhnliches Wasser gegossen, so tritt, wie beim Lysol, jedoch in geringerem Grade, in Folge Verseifung der Kalkbestandteile des Wassers eine Trübung ein. Das Bacillol macht jedoch die Instrumente, Finger etc. nicht so ausserordentlich glatt und oft in störender Weise schlüpfrig, wie das beim Lysol der Fall ist. Ferner zeichnet es sich durch seine das Carbol weit übertreffende und dem Lysol sicher gleichkommende Desinfectionskraft in 1—2%iger Lösung, seine relative Unschädlichkeit (Bacillol wurde amtlich geprüft und giftfrei befunden), seine fast gänzliche Geruchlosigkeit und desodorisirende Wirkung und seinen bedeutend billigeren Preis gegenüber den anderen Antisepticis aus. Deshalb ist dasselbe nach Autoren als ein gutes Desinfectionsmittel zu bezeichnen und wohl zu empfehlen.

Prof. Cramer (Heidelberg) empfiehlt das Bacillol wegen seines geringen Preises zur Sputumdesinfection namentlich im Heilstättenwesen. Allerdings darf man seine Wirkung nicht überschätzen. Von einer 1—2%igen Lösung darf man in kurzer Frist keine nennenswerte Wirkung erwarten. Die Tuberkelbacillen waren in grob geballtem Sputum bei seinen Versuchen in einer 1%igen Lösung nach drei Stunden noch nicht abgetödtet. Bekanntlich gehört tuberculöses Sputum wegen seines Schleim-, Fett- und Luftgehaltes zu den widerstandsfähigsten bacteriologischen Objekten. Wer ganz sicher gehen will, wird chemische und physikalische Desinfection combiniren. Man wird die Sputumgläser mit 1%igem Bacillol füllen, die grösseren Ballen nach einiger Zeit durch eventuell mit Sägemehl bestreute Gaze abfiltriren, die zugeschnürten Gazebeutel der grössten Ofenheizung, durch eine bestimmte geschulte Persönlichkeit, das Filtrat aber erst nach 24stündigem Stehen der Kanalisation überliefern. Für die meisten Zwecke ist ausreichend ein Auffangen des Sputum in einer 3 bis 4%igen Lösung, am besten so, dass eine 3—4%ige Mischung entstebt, und Beseitigung nach 18 bis 20stündigem Stehenlassen.

Ueber Bacillol von DDr. Werner und Pajič (Wiener klin. Rundsch. Nr. 5). — Bacillol und Lysoform, zwei neuere Desinfectionsmittel von Prof. Cramer (Münchener med. Wochenschr. Nr. 41)

**Baldrianpräparat.** Ein neues Baldrianpräparat, das Valeriansäurediäthylamid, das alle Eigenschaften der Baldrianpräparate besitzt, führen Prof. Kionka und Dr. Liebrecht (Jena) in die Therapie ein. Dasselbe stellt eine eigentümlich riechende, farblose, wasserklare Flüssigkeit dar von scharf brennendem Geschmack. Das Mittel wurde bisher an ca. 100 Patienten von verschiedenen Aerzten geprüft, meist wurden Erfolge erzielt. Am besten bewährte sich das Präparat 1. bei Hysterie, selbst schweren Grades, ferner in einigen Fällen von Neurasthenie und Hypochondrie; 2. bei traumatischen Neurosen, namentlich den auf Störungen in der Gefässinnervation beruhenden Krankheitserscheinungen; 3. bei gewissen Formen von Hemicranie und Neuralgien, z. B. Ischias; auch einzelne Fälle von Flimmerskotom wurden mit Erfolg behandelt; 4. bei Störungen während der Menstruation wurden die Blutwallungen und Schmerzen im Unterleib, fast regelmässig auch die bestehenden Kopfschmerzen beseitigt, mitunter auch die Blutungen verringert; 5. die Beschwerden während des Klimakteriums und während der Gravidität wurden auch bei Patientinnen mit normaler Menstruation beseitigt. Das Präparat, welches unter dem Namen „Valyl“ von

Digitized by Google

den Höchster Farbwerken dargestellt wird, ist im Handel nur in Gelatinekapseln (zu 0,125 g mit der gleichen Menge Sebum ovile) erhältlich. Man giebt dreimal täglich 2–3 Stück, in hartnäckigen Fällen auch mehr (4—6 Stück).

Valeriansäurediäthylamid von Prof. Kionka und Dr. Liebrecht (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49).

**Balneo-, Hydro- und Klimatotherapie.** Dr. Burnim (Moskau) hat Beobachtungen über das Verhalten der Alcalescenz des Blutes beim Gebrauch alkalischer Mineralwässer gemacht und gefunden, dass die erstere bei Gebrauch dieser in den üblichen Dosen erst nach einigen Tagen eine merkliche Steigerung erfährt; um sie in kurzer Zeit herbeizuführen, sind grosse Dosen (eine Flasche Vichy innerhalb 24 Stunden) erforderlich. Die Wirkung hielt fast nur während des Gebrauches des Mineralwassers an und war schon zwei Tage nach Aussetzen des Mittels nicht mehr nachzuweisen.

Ueber die Einwirkung von Schwitzbädern auf die Acidität und Verdauungsfähigkeit des Magensaftes hat Dr. du Mesnil (Hamburg) Untersuchungen angestellt. Als Resultat derselben ergab sich, dass eine constante Einwirkung von Schwitzproceduren auf die Acidität und die Verdauungsfähigkeit des Magensaftes in Abrede gestellt werden muss; es gelingt auch durch vielfach wiederholte intensive (es wurde durchschnittlich ca. 500 g Gewichtsabnahme nach jedem Bade constatirt) Schwitzbäder nicht, den Salzsäuregehalt des Magensaftes dauernd herabzusetzen, wenn auch in der Regel ein acutes Absinken des Procentgehaltes unmittelbar nach dem Schwitzbad in den meisten Fällen zu constatiren ist.

Sämmtliche Bäder und Badeformen wirken nach Dr. Stifler (Bad Steben) zunächst durch und auf das Herz, auf die Gefässnerven und die Blutverteilung. Trotz mancher allen Heilbädern und Curorten gemeinsamen Heilagentien treten doch zwei Hauptgruppen als eigentliche Herzheilbäder in den Vordergrund: 1. die kohlensauren Soolthermen (Nauheimer Typus), 2. kohlensaure Stahlbäder, letztere zumeist in Höhencurorten (Stebener Typus). Das kohlensaure Stahlbad wirkt durch Herabsetzung der peripheren Widerstände in erweiterter Bahn auf die Kapillaren des grossen Kreislaufes, deren grösserer Tonus und leichtere Reizbarkeit im Gegensatze zum kleinen Kreislauf die Arbeitsfähigkeit des linken Herzens viel variabler und effektvoller gestalten; wenn also bei Aortafehlern, bei Arteriosclerosis der Hauptausgleich im Kapillarsystem des grossen Kreislaufs zu suchen ist (Rosenbach), so ist dafür von selbst die Indication der kohlensauren Stahlbäder gegeben im Gegensatz zu den übrigen organischen Herzerkrankungen, bei Degeneration und Dilatation des Herzens, bei Mitralfehlern etc., wo der Hauptausgleich in dem Kapillarsystem des kleinen Kreislaufs und im Pfortadergebiete liegt; — dazu bedarf es der gewaltigen Einwirkung aller hämodynamischen Faktoren durch die kohlensauren Soolthermen. Im Allgemeinen ist das Grenzgebiet der Wirkung für $CO_2$-Thermalsoolbäder mit dem der Digitalis übereinstimmend, die ja auch unter Pulsverlangsamung und Blutdrucksteigerung den Gefässtonus und die Leistung des Herzens vergrössert. Das eigentlich schwache Herz, wie v. Leyden es schildert, das beginnende Fettherz, sowie Arteriosclerosis im Frühstadium, Zustände, die Digitalis besonders schlecht vertragen, sollen eigentlich dem kohlensauren Stahlbade reservirt bleiben, wenn auch das Thermalsoolbad bei vorsichtiger Dosirung keine eigentliche Contraindication ist.

Dr. Leusser (Kissingen) demonstrirt an einer grossen Zahl von Sphygmogrammen die Wirkung der Kissinger kohlensauren Soolbäder auf Herzkranke. Dieselbe besteht in einer Erhöhung der Pulswelle, stärkerer Ausprägung der Rückstosselevation, sowie der Elastitätselevationen, Verlangsamung und Regelung des Pulses. Dieser Erfolg leitet sich von der Einwirkung der Bäder auf die Haut ab. Von allen Herzkrankheiten sind für eine Kissinger Badecur (in der Dauer von 4—6 Wochen) contraindicirt nur die acuten, fieberhaften Erkrankungen des Herzens und acute Schwächezustände,

Digitized by Google

Aneurysmen des Herzens und der Gefässe von grösserem Umfange, Herzfehler mit hochgradigen Oedemen und Ascites, sehr weit vorgeschrittene schwielige und fettige Degeneration des Herzmuskels.

Dr. Lindner (Franzensbad) erklärt die Wirkung der Franzensbader Kohlensäurebäder bei Herzkrankheiten folgendermaassen. Durch die active Hyperämie der Haut wird ein beträchtlicher Teil der durch das kranke Herz bedingten immensen Widerstände im Blutkreislaufe zum grossen Teile vermindert oder auch behoben, wodurch das Herz entlastet — geschont wird, ferner wird das Herz unter günstigere Ernährungsbedingungen gestellt, da der Zufluss des Blutes in die Coronararterien wesentlich erleichtert wird, durch Beseitigung der Stauungen im kleinen Kreislaufe in Folge der energischeren Herzfunction, d. h. der besseren Saug- und Triebkraft des Herzens, wird die Capacität der Lungenalveolen eine grössere, die Sauerstoffaufnahme erleichtert und vermehrt. Es ist auch höchst wahrscheinlich, dass durch Beseitigung oder Verminderung der Hypervenosität des Blutes auch das Atmungscentrum unter eine seiner Norm mehr entsprechende Bedingung gesetzt wird. Endlich wird auch durch die nun günstigeren Blutcirculationsverhältnisse ein geregelterer Stoffwechsel und als Endresultat desselben eine allgemeinere Besserung und Kräftigung zu Stande gebracht. Schliesslich betont Verfasser noch, dass bei der Verwendung der $CO_2$-Bäder auch andere Behelfe zur Sicherung des Erfolges herbeigezogen werden, wie besonders die Anwendung der Widerstandsgymnastik.

Dr. Battistini und Dr. Rovere berichten über ihre klinischen Beobachtungen, die sie an der Abteilung von Prof. Bozzolo zu Turin bezüglich der Anwendung von Salz- und Kohlensäurebäder bei der Behandlung der Herzkrankheiten machten. Bei den meisten Fällen erlangten Verfasser eine subjective Verbesserung, besonders in der Dyspnoe und im Cardiopalmus. Die durchschnittliche Pulsfrequenz verminderte sich, und bei den leichten Fällen verschwanden die Symptome von Stauung. Der Blutdruck neigte zur Vermehrung und die Herzdämpfung zur Beschränkung. Bei den schwereren, weit uncompensirten Fällen haben sich die Bäder (für sich) als absolut ungenügend erwiesen, doch können sie bei der Herzschwäche, wenn dieselbe eine Folge von Rheumatismus oder von vorhandenen Infectionskrankheiten ist, etwas nützlich sein. In Verbindung mit den cardiokinetischen und mit den gewöhnlichen Heilmitteln können die Bäder helfen, um die Störungen des Blutkreislaufs zu bessern, wenn auch dieselben schwer sind. Die grösste nützliche Wirkung ist zu erlangen, wenn keine organische Krankheit des Herzens vorhanden ist, und in den Herzklappenfehlern, besonders bei den Mitralklappenfehlern.

Dr. Heftler behauptet, dass die in Nauheim geübte Bäder- und mechanische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten in der Heimat des Kranken mit demselben Erfolge ausgeübt werden kann. Bezüglich der Technik der häuslichen Bäderbehandlung gibt Autor folgendes an. Er beginnt mit einer 1%igen Chlornatrium- und 0,1%igen Chlorkalklösung. Die Temperatur beträgt 33 bis 35°. Das Bad dauert 5—10 Minuten, je nach der Schwere des Falles. Wenn das Bad gut vertragen wird, gibt man die beiden nächsten Tage ein Bad von gleicher Stärke. Am vierten Tage setzt man aus und lässt den Kranken ruhen. In der darauf folgenden Serie von drei Bädern macht man sie stärker und lässt dann wiederum einen Tag ruhen. In der dritten Serie verlängert man jeden Tag das Bad eine Minute und in der vierten Serie setzt man täglich die Temperatur einen halben Grad herab; jedoch bemerkt Autor, dass Rheumatiker und Anämische niedrige Temperaturen nicht gut vertragen. Man kann bis zu 3% Chlornatrium und 0,3% Chlorkalk zufügen und das Bad mit einer Temperatur von 27° 20 Minuten dauern lassen. 25 Bäder genügen im Allgemeinen für eine Cur. Nach dem Bade wird der Körper kräftig frottirt und der Kranke ruht eine Stunde. — Als zweiter Faktor der Behandlung kommt die Widerstandsgymnastik hinzu. Sie besteht in activen Bewegungen des Kranken, welchen ein Gymnast, im Notfalle ein intelligenter Diener, mit seinen Händen einen Wider-

Digitized by Google

stand entgegensetzt. Die Bewegung soll langsam, gleichmässig, nicht ruckweise erfolgen und die Muskeln müssen sich hierbei energisch contrahiren. Nach jeder Bewegung folgt eine Ruhepause von einer halben Minute. Man beginnt die Uebungen mit den Armen, lässt darauf die Beine folgen und schliesslich den Rumpf. Es werden Beuge-, Streck-, Rollbewegungen etc. gemacht. Die Sitzung dauert 20—30 Minuten mit Einschluss der Ruhepausen und findet, wenn irgend möglich, täglich statt. Indicationen für die Behandlung mit Bädern und Gymnastik sind nach Heftler acute und chronische Herzdilatation, functionelle Insufficienz des Herzmuskels mit und ohne Klappenfehler, Myocarditis nach Infectionskrankheiten, Fettherz und Angina pectoris. Contraindicirt ist die Behandlung beim Aortenaneurysma, bei Arteriesclerose und vorgeschrittener Myocarditis.

Seine auf vielfältige Beobachtung gegründeten balneologischen Erfahrungen über die Karlsbader Mineralwässer teilt Dr. Pollatschek (Karlsbad) mit. Autor ist überzeugt, dass die Karlsbader Wässer, auch warm getrunken, eminent diuretisch wirken, und der geringe Gehalt von Salzen den Einfluss auf die Diurese nicht erklären kann. Er hat immer beobachtet, dass, wenn er auch höher temperirte Quellen trinken lässt, die Ausscheidung des Nierensecretes eine vermehrte wird, und wo dies nicht der Fall ist, andere Factoren, wie Wasserverlust durch die Fäces, durch die Hautthätigkeit etc. in Betracht zu ziehen sind. Bei Phosphatinfarcten, bei welchen die Anwendung der alkalischen Wässer, eine irrationelle wäre, ist nichtsdestoweniger der Einfluss der Karlsbader Trinkcur ein guter. Wie bei kaum einer anderen Anschoppung des Nierenbeckens werden die Phosphate so ausgeschwemmt, dass der Urin wie Kalkmilch aussieht. Dies kann nur durch die erhöhte Secretionsthätigkeit der Nieren bewerkstelligt werden. Uebrigens sind die Nieren gegen die Einwirkung der Karlsbader Wässer sehr empfindlich und darf man die Anwendung derselben nicht übertreiben. Diabetiker rät Autor mit den milde temperirten Wässern und kleinen Dosen zu behandeln. In einigen Fällen von Cirrhosis hepatis sah Autor bei ambulanter Behandlung mit Karlsbader Wasser Verschwinden des Ascites, was Autor auf die diuretische Wirkung desselben zurückführt. Was die Wirkung auf den Darm anlangt, haben kleine Mengen lauwarmen oder gekühlten Wassers bis zu etwa 300 g und 40° C. keinen merklichen Einfluss, dagegen wirken kleine Mengen heisser Quellen, etwa 100—150 g entschieden hemmend. Mittelgrosse Dosen der kühleren und mittelwarmen Mineralquellen können nach der einen und der anderen Richtung Einfluss üben und erst grosse Dosen haben in der Regel auflösende Wirkung. Wenn man einen eccoprotischen Effect erzielen will, ist es besser, die Wässer mit natürlichem Karlsbader Salz zu versetzen, um nicht zu grosse Dosen verabreichen zu müssen. Bezüglich des Einflusses auf den Stoffwechsel behauptet Autor, dass eine Reduction erst später, etwa in der dritten Curwoche einzutreten pflegt. Bei der Gallensteinkrankheit glaubt P., dass durch das Trinken der Karlsbader Wässer oder die Cur überhaupt, in erster Linie die vitale Thätigkeit der Leberzellen erhöht werde. Auf die Schleimhäute scheint das Wasser eine hyperämisirende Wirkung auszuüben, die sich bei Erkrankungen der Respirationsorgane in schädlichem Sinne bemerkbar macht. Dagegen sind Erkrankungen der Circulationsorgane, wenn hohe Temperaturen vermieden werden und die Kohlensäure möglichst eliminirt wird, keine so wichtige Gegenanzeige für die Cur. Bei Gicht und harnsaurer Diathese ist die Wirkung der Wässer eine auffallend gute.

Dr. Foss (Driburg) sieht in den Humussäuren die eigentlich specifisch wirksame Substanz der Moorbäder und hat darüber eingehendere chemische Studien gemacht. Er vermochte aus 1 kg Moor 344 g dieser noch wenig bekannten stickstofffreien Säure durch Fällung mit Alkalien zu gewinnen und untersuchte ihre Ca, Ag, Fe, Hg und Bi-Salze, die alle schwer löslich sind. Eine gewisse Sonderstellung nehmen die humussauren Ammonsalze ein durch ihre Neigung zur Doppelsalzbildung. Die Humussäuren zeichnen sich durch eigenartige physikalische Eigenschaften aus,

Digitized by Google

indem ihre Alkalisalze im Wasser Gase zu binden und festzuhalten vermögen, während die Säure selbst Luft aufzunehmen und $CO_2$ abzugeben im Stande ist und zwar in mit dem Grade der Belichtung steigendem Maasse, also einen sehr merkwürdigen Gaswechsel zeigt. Fango enthält keine Humussäuren und auch die künstlichen Moorersatzmittel enthalten sie nicht oder wenigstens nicht in wirksamer Form.

Eine Studie über die natürlichen Salzburger Moorbäder, sowie über Mooreisenbäder und deren physiologische Wirkung liefert Dr. Heller (Salzburg). Die Veränderungen, die durch das Bad hervorgerufen werden, sind nach Autor folgende: 1. Die Pulsfrequenz nimmt im Bade zu; diese Zunahme ist abhängig von der Höhe der Badetemperatur. Nach dem Bade fällt sie unabhängig von der erreichten Höhe innerhalb 20—35 Minuten zur normalen Zahl. 2. Die Herzcontractionen sind im Bade bei erhöhter Frequenz bedeutend kräftiger, diese erhöhte Herzthätigkeit kommt durch die vergrösserte Amplitude des Pulsbildes zum Ausdruck und bleibt auch dann noch bestehen, wenn die Frequenz bereits herabgesunken ist. 3. Die Zahl der roten Blutkörperchen, sowie der Hämoglobingehalt ist in den peripheren Gefässen nach dem Bade vermehrt. Beide Erscheinungen sind keine dauernden, sondern scheinen innerhalb 24 Stunden sich zurückzubilden. 4. Bei fortgesetzten Bädern scheint eine absolute Zunahme beider Factoren einzutreten. 5. In den gefärbten Blutpräparaten konnte keine Hyperleukocytose nachgewiesen werden. 6. Die Respirationszahl nimmt im Bade zu und überdauert das Bad eine geraume Zeit. Sie kann ihr Maximum erst nach dem Bade erreichen, und ist im Verhältniss der Pulsfrequenz von der Höhe der Badetemperatur abhängig. 7. Die Körpertemperatur ist im Bade eine bedeutend gesteigerte, sinkt aber nach dem Bade in kurzer Zeit; sie ist ebenfalls von der Höhe der Badetemperatur abhängig. 8. Die täglichen Harnmengen erleiden während der Bäder anscheinend eine Vermehrung. Autor weist auf die eminente Anregung und Hebung des Stoffwechsels hin, die durch diese Bäder erzielt wird. Er wendet dieselben an bei Erkrankungen des Nervensystems, bei Neurasthenie, Hysterie, sowie bei Erkrankungen des Rückenmarks, bei Neuralgien, Lähmungen, chronischen Entzündungsprocessen und Exsudaten, sowie Sexualerkrankungen der Frauen. Als Contraindicationen gelten Arteriosclerose, Vitia cordis, Myocarditis, Tuberculose mit Neigung zu Hämoptoë, Menses, Gravidität und Blutungen verschiedener Ursache.

Dr. Marcuse trachtet Wesen, Wirkungen und Anwendungsweisen der Priessnitz'schen Umschläge genau zu präcisiren. Er unterscheidet kalte und erregende Umschläge, jene müssen häufiger gewechselt oder durch entsprechende Vorrichtungen in der gewünschten Temperatur erhalten werden, diese bestehen in einem gut ausgerungenen kalten Umschlag, der gut trocken bedeckt und entweder bis zur vollständigen Erwärmung oder bis zum vollständigen Trockenwerden liegen gelassen wird. Beides sind locale Proceduren und erzeugen locale Wirkungen an der Stelle der Application, die aber je nach Anwendung sehr verschieden sind. Während kalte Umschläge bei allen localen Erkrankungen in Betracht kommen, die mit Hyperämie, Congestion oder Entzündung einhergehen, werden die erregenden Umschläge indicirt sein, wenn man lebhafte arterielle Fluxion, Steigerung des Stoffwechsels, Resorption anregen will. Von besonderem Interesse sind der Brust-, Stamm- und Leibumschlag. Sie werden so angelegt, dass ein in 18—22° kaltes Wasser eingetauchtes und ausgerungenes Leinentuch um den Körper faltenlos geschlungen und von einem Woll- oder Flanelltuch bedeckt wird. Abkühlende Brustumschläge werden angewendet, wo man auf Circulation und Temperatur und damit auf die Organe in der Brusthöhle anticongestiv und antiphlogistisch einwirken will. Hyperämie und Entzündungsprocesse der Lungen und der Pleuren, sowie Erkrankungen des Herzens, auch active Lungenblutungen geben daher die Anzeige für ihre Anwendung. Durch die erregenden Brustumschläge wird heftiger Reizhusten gemildert, das Bronchialsecret verflüssigt, selbst quälende dyspnoische Zustände sehr günstig beeinflusst. Den

Digitized by Google

Brustumschlägen nahe stehen die Stammumschläge, nur dass in Folge der grösseren Flächenberührung — sie reichen von der Achselhöhle bis zur Symphyse — ihre Wirkung eine um so kräftigere ist. Sie wirken im Sinne der feuchten Einpackung des ganzen Körpers, beeinflussen die allgemeine Körpertemperatur und sind durch ihre reflectorische Wirkung auf das Herz, auf Respiration und das gesammte Nervensystem im Sinne einer hydriatischen Antipyrese thätig. Man wendet sie auch als abkühlende, wie erregende an, in erster Form mit halbstündigem Wechsel bei allen fieberhaften Processen, dort, wo Bäder nicht angängig sind. Die erregenden Stammumschläge werden die chronisch hyperämischen Zustände der Abdominal- und Beckenorgane, weiterhin entzündliche, mit Exsudation und mangelhafter Resorption einhergehende, torpide Erkrankungsformen in zweckmässiger Weise beeinflussen. Bei einer Reihe von Erkrankungen der nervösen Sphäre, wie Erregungszuständen, Schlaflosigkeit kommt ihnen eine geradezu specifische Wirkung als Sedativum zu. Der dritte Typus des Priessnitz'schen Umschlages, der Leibumschlag, ist in seiner Indication auf die Erkrankungen der Abdominalorgane beschränkt, so werden Leberhyperämien, Stauungen an den venösen Geflechten der Unterleibsorgane, Magen- und Darmverstimmungen durch sie sehr günstig beeinflusst.

Dr. Buxbaum (Wien) schildert die Technik, Wirkungsweise und Indicationen der in der Privatpraxis leicht durchführbaren hydriatischen Proceduren, der Uebergiessungen. Dieselben können zunächst in fieberhaften Krankheiten gegen Circulations- und Innervationsstörungen mit gutem Erfolge angewendet werden. Indem der Badediener die eine Hand auf das Haupt des Kranken legt und die andere zum Uebergiessen gebraucht, werden der so bedeckte Kopf und Nacken des Patienten mit 4—6 Kübeln niedrig temperirten Wassers aus einer Höhe von etwa 1 m begossen. Die Gehirnthätigkeit wird dadurch mächtig angeregt, die Functionen der Medulla oblongata bedeutend gebessert, und so sehen wir auch unter dem Einflusse dieser Procedur collapsähnliche und Depressionszustände, wie Somnolenz, Sopor für längere oder kürzere Zeit ganz oder teilweise schwinden. Dass die Uebergiessungen in solchen Fällen als antithermisches Agens auch die fibrile Temperatur zum Sinken bringen können, ist selbstverständlich. Nicht minder wirkungsvoll erweisen sich Uebergiessungen auf das Abdomen gegen Ektasien und Atonien des Magendarmtractes, wo sie nach Art einer kräftigen thermischen Massage wirken. Jedoch muss hier genau individualisirt werden, insbesondere bei anämischen, herabgekommenen und neurasthenischen Personen, bei denen die Uebergiessungen im Sinne des Goltz'schen Klopfversuches eine lähmungsartige Dilatation der Abdominalgefässe bewirken und als Folge Anämie des Gehirns und Ohnmachtsanfälle auslösen können. Wir werden daher bei leicht erregbaren, geschwächten Personen allmählich und vorsichtig vorgehen, im Anfange 1—2 Kübel Wasser zu diesem Zwecke verwenden, und erst successive, mit fortschreitender Besserung des Allgemeinzustandes, zu grösseren Quantitäten greifen. Des Weiteren können Uebergiessungen gegen Kopfschmerzen auf hyperämischer Grundlage gebraucht werden, wobei das Wasser gegen die unteren Extremitäten geschleudert wird. Aber nicht nur für sich allein, wie in den obengenannten Krankheiten, lassen sich die Uebergiessungen verwerten; dieselben können auch in Combination mit anderen Proceduren, die gleichfalls im Hause des Patienten leicht durchführbar sind, angewendet werden. In dieser Hinsicht leisten uns die Halbbäder vortreffliche Dienste in Verbindung mit Uebergiessungen auf Kopf und Nacken, wie sie bei Infectionskrankheiten zur Verwendung kommen, oder auf das Abdomen bei Erkrankungen des Magens und Darms. Einen besonders grossen Nutzen gewähren uns schliesslich die Uebergiessungen nach Wärme zuführenden und Wärme stauenden Proceduren, wie nach feuchten und trockenen Einpackungen, nach dem Dampfbade in der Wanne. Indem dieselben den Tonus der relaxirten Hautgefässe wieder herstellen, der Körperoberfläche die an derselben angehäufte Wärme entziehen, verhüten sie auf diese Weise das Ent-

Digitized by Google

stehen von rheumatoiden Affectionen, sowie verschiedener Hautkrankheiten.

Ueber die Fangotherapie schreibt Dr. Mory: Fango ist ein vorzügliches Kataplasma. In Folge seiner Dichtigkeit, seines schlechten Wärmeleitungsvermögens und seines intensiven Hautreizes gestattet er, auf ausgedehnte Flächen des menschlichen Körpers hohe Temperaturen andauernd wirken zu lassen, ohne die Pulsfrequenz, den Blutdruck und die Herzkraft wesentlich zu beeinträchtigen, ohne Congestionen oder Unbehaglichkeit zu erzeugen und ohne endlich ein bedeutendes Ermüdungsgefühl, wie andere heisse Badeformen, zurückzulassen. Durch seine Wirkung auf die Blutverteilung im Organismus kann der Fango ableitend auf die inneren Organe und fluxionserzeugend auf die Haut wirken. In beiden Fällen ist diese Wirkung eine sehr intensive und die Application sehr erwünscht bei Hyperämien der inneren Organe, sowie solchen der Schleimhaut des Respirations- und Intestinaltractes, ferner bei Hyperämien des Gehirns und seiner Häute. Andererseits bewirken die Fangoapplicationen bei rheumatischen Affectionen eine vermehrte Blutzufuhr mit consecutivem Schweiss und regen die Resorption aller Arten von Exsudaten an. Endlich können sie zweckmässig bei Entfettungscuren verwendet werden, da sie neben der Anregung der Schweisssecretion eine Vermehrung des N-Umsatzes im Gefolge haben.

Prof. Snegireff (Moskau) wendet seit vier Jahren bei Ischiaskranken, chronischem Gelenkrheumatismus, Gelenktripper, Sehnenscheidenentzündung etc. mit bestem Erfolge Lehmbäder u. z. hauptsächlich locale Fuss- und Armbäder an. Lehm wird mit heissem Wasser bis zur Sahnenconsistenz verarbeitet. In das mit demselben gefüllte Gefäss steckt Patient die Extremität und hält sie darin 20—30 Minuten lang. Die Temperatur soll möglichst hoch sein. Im Anschluss daran wird ein Watteverband angelegt. Die Schmerzen, Schwellung verschwanden, die normale Funktion wurde hergestellt.

Dr. Jaquet (Basel) trachtet zu beweisen, dass im Höhenklima nur der Verminderung des Luftdrucks eine Bedeutung für die Blutveränderung (Zunahme der Blutkörperchen und des Haemoglobins) zukommt. Die Temperatur hat keinen Einfluss, ebensowenig nach Untersuchungen von C. F. Mayer, die Belichtung.

Interessante Ausführungen liefert Dr. Determann (St. Blasien) über das Höhenklima im Winter. Für die Beurteilung desselben kommt neben den allgemeinen klimatischen Verhältnissen das Gesetz der sogenannten Temperaturumkehr in Betracht, d. i. die Thatsache, dass auf den Höhen die Temperatur oft höher ist, als in der Ebene; so ist z. B. die Luft in der Rheinebene oft kälter und feuchter, als auf den umliegenden Gebirgen. Was die Feuchtigkeitsverhältnisse betrifft, so haben meteorologische Untersuchungen ergeben, dass es für verschiedene Höhen eine Zone höchsten Feuchtigkeitsgehalts gibt, diese Zone, die natürlich als Winteraufenthalt gemieden werden muss, liegt im Winter stets niedriger als im Sommer. Die obere Grenze der Feuchtigkeitszone liegt in den Alpen bei 1500 m, es haben also nicht nur die Gipfel, sondern auch die Hochthäler der Alpen trockene Luft. Im Riesengebirge, im Schwarzwald und in den Vogesen findet sich eine Trockenzone schon bei 600—900 m Höhe, in dieser Zone liegen z. B. Schreiberhau und St. Blasien; es eignen sich also auch diese Gebirge sehr gut als Winteraufenthalt, der Harz und der Thüringer Wald dagegen weniger, weil hier die Trockenzone unter 600 m liegt, wo von einem Höhenklima schon nicht mehr die Rede sein kann. Ausser der Feuchtigkeit ist vor Allem die Sonnenbestrahlung von Bedeutung, weil die Möglichkeit des Aufenthalts im Freien wesentlich von ihr abhängt. Die Sonnenscheindauer wird durch die Bewölkungsverhältnisse und die umgebenden Höhen beeinflusst. Zieht man alle zu berücksichtigenden Momente in Betracht, so eignen sich zum Winteraufenthalt am besten die über 1500 m hoch gelegenen Hochthäler der Alpen, ausserdem aber auch manche Orte in den deutschen Mittelgebirgen.

Dr. Weber (London) schildert recht eingehend die Nützlichkeit der Seehospizen für Kinder. Er tritt für einen längeren Aufenthalt in denselben ein, als dies bisher üblich ist. Unter den Zuständen,

Digitized by Google

für welche die Behandlung in Seehospizen angezeigt ist, hebt er folgende hervor: 1. Allgemeine Schwäche und mangelhafte Ernährung, welche die Behandlung aus prophylaktischen Gründen erfordern. 2. Unvollständige Erholung nach verschiedenen acuten Krankheiten mit Einschluss von Pneumonie, Pleuritis und chronischer Bronchitis. 3. Scrophulöse oder tuberculöse Affectionen der Lymphdrüsen. 4. Scrophulöse oder tuberculöse Gelenkentzündungen mit Einschluss der Hüftgelenkentzündungen und der Pott'schen Krankheit. 5. Knochencaries. 6. Adenoide Wucherungen in der Nase und im Schlunde mit oder ohne Hypertrophie der Mandeln. 7. Scrophulöse Augenentzündungen. 8. Scrophulöse Hautkrankheiten. 9. Anämische Zustände mit Einschluss von Chlorose. 10. Rhachitis. 11. Skoliose.

Die Abhärtungscuren, die Dr. Szegö in Abbazia gegen die catarrhalische Disposition der Kinder verordnet, sind kurz folgende: In der warmen Jahreszeit Bäder im freien Meer in der Dauer von einigen Minuten, ferner Aufenthalt in den Spielplätzen am Meeresstrand, wo die Kinder unbedeckten Hauptes und barfüssig in dem vom Meerwasser durchdrungenen Sand spielen. Wo sich bei schwachen Kindern auf geringe Bewegungen hin Herzklopfen, Ermüdung einstellt, baden sie in der ersten Zeit nicht, sondern werden nur auf ruhiges Liegen angewiesen. In der kälteren Jahreszeit gebrauchen die Kinder in der Anstalt vor dem Nachtmahl ein Halbbad in gewärmtem Meerwasser. Zur Acclimatisation sind 1—2 Wochen zu rechnen, während welcher Zeit nur die Freiluftcur in Betracht kommt. Nach Ablauf dieser Zeit folgen Halbbäder, 2 bis 3 mal täglich, mit 26° R. beginnend, dann langsam fallend, später nur alle Tage. Im Halbbad wird der Körper intensiv gewaschen, abgegossen und abgerieben und nach einem solchen Bade von 3—5 Minuten Dauer applicirt man eine Spritzdouche von niederer Temperatur auf den ganzen Körper.

Die Alcalescenz des Blutes bei einigen pathologischen Zuständen des Organismus von Dr. Burmin (Zeitschr. f. klin. Med. — Ther. Monatsh. 3. Heft). — Dr. du Mesnil über die Einwirkung von Schwitzbädern auf die Acidität und Verdauungsfähigkeit des Magensaftes im Altonaer ärztlichen Vereine (Münchener med. Wochenschr. Nr. 22). — Ueber Herzheilbäder von Dr. Stifler (Münchener med. Wochenschr. Nr. 19). — Ueber die Wirkung der Kissinger kohlensauren Soolbäder bei Herzkranken von Dr Leusser (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20). — Zur Kenntniss der Wirkung der Franzensbader Kohlensäurebäder bei Herzkrankheiten von Dr. Lindner (Wiener med. Wochenschr. Nr. 19). — Klinische Beobachtungen über die Anwendung von Salz- und Kohlensäurebädern in der Behandlung der Herzkrankheiten von Dr. Battistini und Dr. Rovere (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 7. Heft). — Ueber die häusliche Bäderbehandlung bei chronischen Herzkrankheiten von Dr. Heftler (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 3. Heft) — Balneologische Erfahrungen von Dr. Pollatschek (Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft). — Dr. Hess über Moorbäder auf dem Balneologencongresse zu Berlin (Ther. d. Gegenw. 4. Heft). — Studie über die natürlichen Salzburger Moorbäder sowie über Mooreisenbäder und deren physiologische Wirkung von Dr. Heller (Zeitschr. für diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 4. Heft). — Der Priessnitz'sche Umschlag, seine klinische und therapeutische Bedeutung von Dr. Marcuse (Zeitschr. f. diät. u phys. Ther. 7. Bd. 4. Heft). — Einige einfache hydriatische Proceduren von Dr. Buxbaum (Wiener allg. med. Zeitg. Nr. 8). — Die Fangotherapie von Dr. Mory (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 8. Heft). — Einige Worte über Lehmbäder von Prof. Snegireff (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 3. Heft). — Höhenklima und Blutbildung von Dr. Jaques (Münchener med. Wochenschr. Nr. 1). — Dr. Determann über das Höhenklima im Winter auf dem Balneologencongresse zu Berlin (Aerztliche Praxis Nr. 9). — Sanatorien auf Inseln und am Meeresufer von Dr. Weber (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 1. Heft). — Die Disposition der Kinder zur Erkältung und deren Heilung von Dr. Szegö (Ung. med. Presse Nr. 2).

**Banti'sche Krankheit.** Prof. Senator (Berlin) berichtet über Anaemia splenica mit Ascites, eine Krankheitsform, die Banti 1894 beschrieb und Splenomegalie mit Lebercirrhose nannte. Sie ist charakterisirt, durch Anämie, ausserordentlich starke Milzschwellung und eine sich anschliessende Lebercirrhose mit Ascites. Die hieher gehörigen Fälle wurden früher unter verschiedene Krankheitsbezeichnungen eingereiht: primärer Milztumor mit Anämie, lienale Pseudoleukämie, Lebercirrhose etc. Das anämische Stadium der Krankheit beginnt mit dem Milztumor, dauert 3—5, eventuell 10—11 Jahre; dann folgt ein Uebergangsstadium, in welchem der Harn sparsamer wird, reichlich Urate, Urobilin und manchmal auch Spuren von Gallenpigment enthält, und das einige Monate dauert. Das



Digitized by Google

dritte, ascitische, Stadium endet mit Tod und dauert durchschnittlich ein halbes Jahr. Der Ascites ist nicht lediglich durch die Lebercirrhose bedingt, da er manchmal nach ausgiebiger Punction nicht wiederkehrt. Er dürfte auch eine Folge der Anämie oder einer Verlegung der Lymphwege durch angeschwollene, wenn auch von aussen nicht fühlbare Lymphdrüsen sein. Ein wichtiges Symptom ist die Neigung zu Blutungen: Magendarmblutungen, Nasenbluten, Bluthusten, Blutungen aus dem Munde, in den Glaskörper, Hämaturie, Purpura. Eigentümlich ist, auch der Blutbefund bei der Banti'schen Krankheit: Eine verschieden grosse Abnahme der Erythrocyten, eine Abnahme des Hämoglobins, welche stets grösser ist als der Erythrocytenabnahme entspricht, auch wohl Abnahme der Leukocyten, teils ohne Veränderung in dem Verhältnisse ihrer einzelnen Formen, teils mit Verschiebung dieses Verhältnisses zu Ungunsten der multinucleären neutrophilen Leukocyten. Die Aetiologie ist unbekannt; vielleicht Malaria oder vorangegangene Infectionskrankheiten, nicht nachweisbar Syphilis oder Alkoholmissbrauch. Bei der Therapie kommt die Splenectomie in Betracht (von 11 Fällen 9 nach Maragliano geheilt), dann Herbeiführung möglichst günstiger hygienischer und diätetischer Verhältnisse, Arsenik, Eisen, Jod u. s. w.

Ueber Anaemia splenica mit Ascites (Banti'sche Krankheit) von Prof. Senator (Berliner klinische Wochenschr. Nr. 46).

**Basicin.** Dr. Goldmann (Wien) hat das von Kreidmann in die Therapie eingeführte Basicin, eine Coffein-Chininverbindung, einer Nachprüfung unterzogen und kam zu günstigem Ergebniss. Zunächst wandte er es mit Erfolg an in einem Falle von schwerer Malaria (Tertiana), der der gewöhnlichen Chinintherapie bis dahin getrotzt hatte, und zwar combinirt er die innerliche Verabreichung (Basicin., Saccharin albi āā 0,25 alle vier Stunden; am Tage des Anfalls einmal, die doppelte Dosis am Morgen) mit den nach Art einer Inunctionscur auszuführenden Einreibungen mit Basicinöl. Des Weiteren erprobte Verfasser das Basicin in zahlreichen Fällen von Influenza; bei Erwachsenen Ordination ähnlich wie bei Malaria, Kinder erhalten eine Mixtur von der Zusammensetzung:

| | |
|---|---|
| Basicin | |
| Saccharin āā | 1,00 |
| Aquae dest. | 130,00 |

DS. 2stündlich einen Kinderlöffel. Kinder über 10 Jahren erhielten auch Basicinöleinreibungen. Bei fieberhaften Erkrankungen, so bei Pneumonie, machte Verfasser mit Erfolg Atropin-Basicin-Injectionen nach Kreidmann. Ferner erstrecken sich die Erfahrungen des Verfassers mit Basicin auf Gesichtserysipel, Scharlach, Masern, Angina follicularis, infectiöse Parotitis, Tabes dorsalis. Bei letzterer erwiesen sich die Atropin-Basicin-Injectionen gegen die Schmerzkrisen erfolgreich, nachdem Morphiuminjectionen versagt hatten; ebenso in einem Falle von Asthma. Aehnliche Erfahrungen machte Verfasser noch bei Neuralgien.

Basicin von Dr. Goldmann (Allg. med. Central-Zeitung Nr. 15).

**Beckenexsudate.** Dr. Polano (Greifswald) bedient sich bei der Behandlung chronischer Beckenexsudate eines Heissluftapparates, der den Unterleib der Patientin vom Nabel bis zum unteren Drittel der Oberschenkel umhüllt; er wird durch einen Bunsenbrenner geheizt. Die Frauen werden in der ersten Sitzung 20 Minuten der Temperatur von 120° ausgesetzt; Temperatur und Dauer der Sitzung steigen bis zum siebenten Tage auf $^3/_4$ Stunden bei 135°. Hat die Hitze lange genug eingewirkt, wird durch Zudrehen des Gashahnes eine langsame Abkühlung innerhalb fünf Minuten abgewartet. Hierauf erhalten die Frauen nach gründlicher Abtrocknung ein Handtuch mit Watte um den Leib gelegt und bleiben eine Stunde lang im Bette. Polano hat mit diesem Verfahren alte grosse Beckenexsudate zum Schwinden gebracht und niemals unangenehme Nachwirkung beobachtet.

Eine neue Methode der Behandlung chronischer Beckenexsudate von Dr. Polano (Centralbl. f. Gynäk. — Wiener med. Blätter Nr. 33).

Digitized by Google

**Bismutose.** Dr. Laquer (Wiesbaden) hat eine Wismut-Eiweissverbindung herstellen lassen, die durch ihre Schwerlöslichkeit und namentlich durch ihren Widerstand gegen den Magensaft die Wismutwirkung für gewisse Fälle verstärken soll. Die Bismutose ist ein weisses, geruch- und geschmackloses Pulver das man Säuglingen etwa zu 1 g, grösseren Kindern bis zu einem Theelöffel mehrmals täglich geben kann. Das Mittel ist angezeigt bei Magendarmerkrankungen infectiöser Natur, namentlich Brechdurchfall der Kinder, bei geschwürigen Erkrankungen und Reizzuständen des Magendarmcanales, Ulcera, Hyperacidität, nervösen Zuständen, Typhus, Ruhr und bei Tuberkulose.

Dr. Kuck (Wiesbaden) bezeichnet die Bismutose als ein unschädliches, sicheres Adstringens und Tonicum. Nebenwirkungen in Form von ungünstiger Beeinflussung von Appetit und Nahrungsaufnahme oder sonstige Erscheinungen konnte er niemals beobachten. Man wird Bismutose in jedem Falle von Magendarmerkrankung von Säuglingen und Kindern als willkommene Hilfe neben Diät und Evacuation mit Erfolg anwenden können. Mit der Dosis soll man im Beginne der Erkrankung dreist vorgehen, bei Kindern unter ½ Jahr 1—2 g stündlich, bei älteren Kindern theelöffelweise. Als Klystier und Magenausspülungen sind 10%ige und 20%ige Stärkeaufschwemmungen mehrmals täglich indicirt. In der Reconvalescenz sind die halben Dosen fortzugeben. Für die Darreichung empfiehlt es sich, der entsprechenden Menge Bismutose die doppelte Menge von warmem Wasser oder dünnem Reisschleim langsam hinzuzusetzen; durch Umrühren entsteht rasch Brei-Consistenz. Der so zubereitete Bismutose-Brei löst sich zu mandelmilchartiger Emulsion in beliebiger Menge Flüssigkeit (Eiweisswasser, Abkochung von Kalbsfüssen, dünnem Thee, Reisschleim). Ein besonderer Vorzug ist die Reinheit und Constanz der Bismutose.

Ueber Bismutose, eine Wismut-Proteïnverbindung von Dr. Laquer (Ther. d. Gegenw. 7. Heft). — Ueber Bismutose und ihre Anwendung von Dr. Kuck (Ther. d. Gegenw. 11. Heft).

**Blasenkrankheiten.** Im Anschlusse an einen einschlägigen Fall berichtet Dr. Ráskai (Budapest) über die Pathologie und Therapie der Narbenschrumpfblase. Die Diagnose ist nach Autor schwer zu stellen. Die Schrumpfblase wird häufig mit der concentrischen Hypertrophie der Blase und der sogenannten reizbaren Blase verwechselt. In allen den Fällen ist die Blasencapacität vermindert, sie wird aber in letzteren Fällen durch die Empfindlichkeit der Schleimhaut gegen Dehnung bedingt und kann in der Narkose eliminirt werden, während das bei der Schrumpfblase unmöglich ist, weil das geringe Fassungsvermögen der Blase durch anatomische Verhältnisse verursacht wird. Die Therapie, welche auf Dehnung der Blase hinzielt, ist bei echten Schrumpfblasen nicht nur erfolglos, sondern mit Rücksicht darauf, dass sie durch neuerliche Reizung der Blasenschleimhaut deren Empfindlichkeit steigert, die noch bestehende Capacität vermindert, geradezu gefährlich. Sämmtliche Autoren sind der Ansicht, dass die Dehnungsversuche bei Schrumpfblase erfolglos sind. Die bei Frauen häufigen pericystischen Processe, die durch Entzündungen der Nachbarorgane verursachten Verwachsungen der Blase mit der Umgebung, die dadurch bedingten fortwährenden Zerrungen und die Beeinträchtigung der vitalen Dehnbarkeit, die durch den Druck der entzündeten Beckenorgane hervorgerufene Lymphstauung mit Abhebung der Blasenschleimhaut (Cystitis bullosa) und nachfolgender Verwachsung derselben mit dem submukösen Gewebe, die in Folge dessen hervorgerufene sehr hochgradige Empfindlichkeit gegen Tension, und die ohne Ulceration einhergehenden tuberkulösen Entzündungen der Harnblase (bei oft jahrelang negativem bacillären Befunde) sind im Stande, die ganze Symptomatologie der Schrumpfblase nachzuahmen. Diese Fälle sind der Dilatationsmethode zugänglich, die Schrumpfblase jedoch nie.

Für Fälle von chronischer Cystitis, die der gewöhnlichen localen und internen Therapie hartnäckig trotzen, hat Guyon das Curettement der Blase eingeführt, ungefähr in seiner Wirkungsweise entsprechend dem Curettement des Uterus



Digitized by Google

bei chronischer Endometritis. Bei dem Weibe kann das Curettement von der Urethra aus besorgt werden, während beim Manne es am zweckmässigsten erscheint, die Sectio alta voraufgehen zu lassen. Am Schlusse der Operation kann drainirt oder die Blase geschlossen werden. Allein die Blasennaht hält naturgemäss wohl selten in diesen Fällen chronischer Entzündung. Dr. Stockmann hat acht Fälle in dieser Weise zum Teil mit sehr gutem Erfolg behandelt. In vier Fällen wurde die Blasennaht versucht, zweimal mit Erfolg. Es handelte sich zum Teil um recht schwere Krankheitsfälle.

Prof. Loewenhardt (Breslau) redet der endovesicalen Operation von Blasengeschwülsten das Wort. Der Verzicht auf jegliches allgemeine Anästheticum, die geringe Gefahr, welche von der Operation droht, müssen nach Loewenhardt's Ueberzeugung dem Verfahren einen weiteren Eingang als bisher verschaffen. Loewenhardt verfügt nur über eine kleinere Anzahl derartig operirter Fälle, möchte aber doch feststellen, dass schon für den ersten Fall die vorherige eingehende Uebung am Phantom für jeden sonst mit dem Cystoskope vertrauten Operateur ein tadelloses Resultat erzielt. Die Unbequemlichkeiten für den Kranken sind verringert, da ein Wechsel der Apparate bei der Vereinigung von Schlinge, Kanten und Spülung an einem Instrumente selten nötig wird.

Zur symptomatischen Behandlung schmerzhafter Blasenaffectionen empfiehlt Dr. Guiard Injectionen von Antipyrinlösungen, denen etwas Opiumtinctur beigemengt ist, ins Rectum. Es sollen nur ca. 20 ccm mittels eines elastischen Katheters injicirt werden. Es genügt zunächst 1—1½ g Antipyrin mit 6—8 Tropfen Opiumtinctur. Je nach Bedarf kann man vorsichtig steigern. Er hat einen Patienten gehabt, der täglich bis 6 g Antipyrin einverleibt bekam, ohne dass Beschwerden eintraten. Guyon selbst hat diese Methode auch acceptirt und wendet sie — auch bei Narkose — z. B. bei der Lithotripsie an, um die Sensibilität der Harnblasenschleimhaut noch mehr abzustumpfen. Gelegentlich kann hierdurch sogar die Narkose überflüssig werden. Bei Prostatikern im ersten Stadium können die — besonders Nachts — oft quälenden Tenesmen und Congestionserscheinungen gemindert werden. Noch offenkundiger ist der Nutzen, wenn die Prostatahypertrophie bereits mit Cystitis complicirt ist, eventuell auch Phosphatsteine sich gebildet haben.

Zur Pathologie und Therapie der Narbenschrumpfblase von Dr. Ráskai (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19). — Curettement der Blase von Dr. Stockmann (Monatsschr. f. Urol. 4. Heft). — Prof. Loewenhardt über Behandlung der Blasengeschwülste auf dem deutschen Chirurgencongresse (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17). — Behandlung schmerzhafter Blasenaffectionen von Dr. Guiard (Ann. d. mal. des org. gén.-ur. — Ther. d. Gegenwart 11. Heft).

**Blasensteine.** Mit Rücksicht auf die grössere Gefahr des hohen Blasenschnittes, die längere Heilungsdauer, die möglichen Complicationen während des Wundverlaufes und nach abgeschlossener Heilung hält Dr. Zuckerkandl (Wien) die Bestrebungen für berechtigt, die Uebung des hohen Blasenschnittes zu Gunsten der Steinzertrümmerungsmethoden möglichst einzuschränken. Die Lithotripsie ist die Operation der Wahl und überall auszuführen, wo der Stein nicht zu gross und den Instrumenten zugänglich ist. Die perineale Lithotripsie ist dort angezeigt, wo die Harnröhre für die starren Instrumente unwegsam ist, also bei Prostatahypertrophie, Stricturen oder Steinen der Harnröhre. Zur Vollendung der Operation ist die perineale Lithotripsie angezeigt, wenn während der gewöhnlichen Steinzertrümmerung die Harnröhre durch Prostataschwellung oder Steineinklemmung unwegsam geworden ist, und in der Blase noch grössere Fragmente vorhanden sind. Der hohe Blasenschnitt ist angezeigt bei Steinen, die die ganze Blase ausfüllen oder vermöge der Grösse auch nur eines ihrer Durchmesser in einer Lage festgeklemmt sind, ferner bei Steinen in Divertikeln, im tiefen Fundus, bei eingekapselten Steinen, Ureterblasensteinen oder wandständigen und angewachsenen Steinen, ferner bei Fremdkörpersteinen, bei Complication von Stein und Neoplasmen der Blase und endlich, wenn eine Fistel angelegt werden soll.

Digitized by Google

Dr. Folger, der ca. 1000 Blasensteinoperationen ausgeführt hat, erörtert seine Beobachtungen, die er an 53 Blasensteinen von über zwei Unzen Gewicht gemacht hat. Bei kleinen und mittelgrossen Concrementen ist die Litholapaxie die Methode par excellence; bei seinen letzten 400 Fällen hat Autor nur 13 Lithotomien und die übrigen 387 mal die Litholapaxie ausgeführt. Unter grossem Stein versteht Verfasser nur einen solchen von mindestens zwei Unzen Schwere beim Erwachsenen. Die meisten dieser Eingriffe (49) sind in Indien ausgeführt. Das Durchschnittsalter der mittels Litholapaxie behandelten Kranken betrug 53 Jahre (35 Fälle = 11⅓% Mortalität), bei den auf perinealem Wege Lithotomirten nur 43 (15 Fälle = 28½% Mortalität), und ca. 27 Jahre bei den suprapubischen Fällen; das Gewicht der entfernten Steine betrug bei diesen letzteren Fällen zweimal so viel als das bei den anderen. Die Nachbehandlung dauerte nur 11 Tage bei der Litholapaxie, 30 und mehr bei der Lithotomie. Der Erfolg der Litholapaxie hängt wesentlich von der Güte der Instrumente ab. Stricturen der Urethra müssen vorher durchschnitten oder forcirt dilatirt werden, bei grossem Stein macht man besser die Lithotomie. Prostatahypertrophie bedingt nur in sehr ausgesprochenem Fall eine suprapubische Lithotomie, sonst reussirt man auch mit der Litholapaxie; eine blutige Operation ist auch indicirt bei stark contrahirter, verdickter Blase. Ein Stein, der beim Zuschrauben nicht zerbricht, thut dies meist, wenn man ihn in einem anderen Durchmesser fasst.

Dr. Zuckerkandl über Blasensteinoperationen auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 42). — Erfahrungen über Blasensteinoperationen von Dr. Folger (Brit. med. Journ. — Centralbl. f. die ges. Ther. 10. Heft).

**Blenorrhoea neonatorum.** Die Blenorrhoe der Neugeborenen kann nach Prof. Schmidt-Rimpler (Göttingen) schon bei einfachem Reinigen und öfterem Ausspülen des Auges heilen. Für intensivere Fälle hält Verfasser jedoch die Anwendung starker adstringirender Lösungen, neben kalten Umschlägen, für dringend nötig. Er touchirt die gut ectropionirten Lider — besonders muss die Uebergangsfalte getroffen werden — mit einer 2%igen Lösung von Argentum nitricum, die durch sofortiges Nachspülen mit Kochsalzlösung neutralisirt und mit Wasser weiter entfernt wird, täglich einmal und lässt kalte Umschläge mit schwacher Borsäurelösung machen. Die Umschläge werden im Beginne des Leidens bei starker Lidschwellung eine Stunde lang gemacht, dann 1—2stündige Pause. Um die empfindliche Lidhaut zu schonen, kann man sie mit Oel bestreichen oder auch während der Umschläge ein Oelläppchen unterlegen. Ausserdem sind die Augen durch Ausdrücken mit in Borlösung getauchter Watte über den geöffneten Lidern häufig von dem abgesonderten Eiter zu befreien. Wird diese Behandlungsweise gewissenhaft durchgeführt, so kann man, wenn das Kind mit intakter Cornea in Behandlung kam, mit Bestimmtheit auf einen günstigen Verlauf rechnen; kleinere Trübungen der Hornhaut lassen sich allerdings nicht immer vermeiden.

Dr. Luciani übt folgende Methode bei blenorrhoischer Conjunctivitis der Neugeborenen. Er lässt warme Bäder mit 3%iger Borlösung oder sterilisirtem Wasser zu öfterenmalen des Tages vornehmen behufs Aufsaugung der phlogistischen Infiltration, ferner lässt er wiederholt am Tage den conjunctivalen Sack mit einer Lösung von Itrol 1 : 8000 sehr vorsichtig reinigen, um sämmtliches Secret zu entfernen, das sich hinter den Augenlidern angesammelt hat. Er selbst nimmt dann zweimal am Tage eine Waschung vor mit Itrollösung 1 : 4000. Diese Behandlungsart verursacht keine Reaction von Seiten des Auges und der Augenlider und keinerlei lästiges oder schmerzhaftes Gefühl. Sie trägt aber ausserordentlich dazu bei, die entzündlichen Symptome zu entfernen, so dass die Kranken schon nach einigen Tagen im Stande sind, die Augen selbst zu öffnen. Die eitrige Ausscheidung nimmt rasch ab und in gleichem Verhältniss die Anzahl der Gonokokken, welche nach 12—25 Tagen verschwinden. Der ganze Verlauf dauert höchstens 4—5 Wochen.

In der Bonner Frauenklinik wurde das

Digitized by Google

Protargol bei der Credé'schen Augeneinträufelung, wie Dr. Engelmann berichtet, an über 1000 Kindern benutzt, von denen 80 Proc. überhaupt keine oder nur ganz geringe Secretion bekamen. Das Protargol muss in kaltem Wasser gelöst werden, da sonst Zersetzung und Abspaltung von Silber eintritt. Engelmann rät daher zu weiteren Versuchen und einem Vermerk „Frigide paratum" auf dem Recept.

Zur Verhütung der Augeneiterung wurden, wie Dr. Piotrowski anführt, in der Hebammenlehranstalt zu Krakau 1200 Fälle mit Protargol behandelt, und zwar die ersten 170 mit 20%iger, die letzten 1030 mit 10%iger. In der letzten Beobachtungsreihe war keine einzige Blenorrhoe aufgetreten. Unmittelbar nach der Geburt wird, nach vorheriger Reinigung der Augenlider mit 3%iger Borsäurelösung, der Bindehautsack gründlich mit 10%iger Protargollösung aus einem Tropfglase durchgespült.

Prof. Zweifel (Leipzig) hält das essigsaure Silber (Argentum aceticum) in 1%iger Lösung als bestes Mittel zur Verhütung der Augeneiterung Neugeborener. Von 5222 hiermit prophylaktisch behandelten Kindern bekamen nur 12 = 0,23% Ophthalmoblenorrhoe, während beim Argentum nitricum immer noch 0,62 Proc. daran erkrankten. Um die etwa auftretenden Reizerscheinungen auszuschliessen, genügt das Nachspülen des Auges mit einer verdünnten Kochsalzlösung. H. Cohn wollte die Credé'sche Behandlung für Hebammen obligatorisch machen. Zweifel will sie nur dann dazu verpflichten, wenn a) die Mütter an Fluor albus, spitzen Condylomen oder Vaginitis granulosa leiden, b) ältere Kinder derselben Frau schon Augeneiterungen nach der Geburt gehabt haben, c) die Leute nicht reinlich sind. Die Behandlung soll die Hebamme aber nur ausführen so oft, als von den Angehörigen kein Einwand erhoben wird.

Zur Behandlung der Blenorrhoe und Diphtherie der Conjunctiva von Prof. Schmidt-Rimpler (Klin.-ther. Wochenschr. — Medico Nr. 11). — Das Itrol in der Behandlung der Conjunctivitis blenorrhoica der Erwachsenen und der Neugeborenen von Dr. Luciani (Ann. d. Ottalm. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 1). — Nochmals das Protargol bei der Credé-schen Augeneinträufelung von Dr. Engelmann (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 1). — Die Verwendung des Protargols zur Verhütung der Augeneiterung Neugeborener von Dr. Piotrowski (Centralbl. für Gynäk. Nr. 30). — Die Verhütung der Augeneiterung Neugeborener von Prof. Zweifel (Centralbl. f. Gynäk. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 1).

**Blutstillung.** Dr. Grunow (Kiel) berichtet über die Anwendung subcutaner Gelatine-Injectionen zur Blutstillung. Dieselben wurden bei Lungen-, Darm-, Magen-, Nieren-, Nierenbecken-, Blasenblutungen und Blutung aus einem Aneurysma angewandt. An der Hand seiner Fälle hat Autor den Eindruck der Wirksamkeit der Methode gewonnen. Die subcutane Anwendung der Gelatine ist von einigen unbequemen Nebenerscheinungen begleitet; dieselben contraindiciren jedoch die Anwendung nicht. Er empfiehlt die Anwendung derselben bei allen schwereren inneren Blutungen und legt wegen des Vorübergehens der gerinnungsbeschleunigenden Wirkung auf eine protrahirte, über das Blutungsstadium hinausgehende Anwendung Gewicht. Die Gerinnung fördernde Wirkung der Gelatine genügt oft allein noch nicht, die Blutung zum Stillstand zu bringen; erst in der Combination mit anderen directen oder indirecten Haemostaticis wird der erwünschte Zweck erreicht.

Auf Prof. Angerer's Klinik (München) wurde, wie Dr. Gebele berichtet, die Gelatine als blutstillendes Mittel geprüft. Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Beobachtungen, sowie aus den angestellten Tierversuchen zieht, sind folgende: Ohne vorausgehenden stärkeren Blutverlust wirkt die Gelatine ungenügend. Die Blutverluste müssen den fünften bis vierten Teil des Gesammtblutes ausmachen, wenn die Gelatine prompt wirken soll, und meist trifft es ja auch in praxi zu, dass die Patienten mehr oder minder ausgeblutet in ärztliche Behandlung kommen. In diesen Fällen leistet dann die Gelatine gute Dienste, und ist dieselbe am besten, auf 37—38° erwärmt, subcutan in 2%iger, local in 10%iger Lösung unter aseptischen Cautelen in Anwendung zu bringen. Da eine starke Verminderung der Blutmenge für die prompte Wirkung der Gelatine die conditio sine qua non ist, kann auch

Digitized by Google

von einer erfolgreichen prophylaktischen Anwendung des Mittels keine Rede sein.

Dr. Hammelbacher und Dr. Pischinger berichten über zwei Fälle von Lungenblutungen bei Tuberculösen, welche durch subcutane Gelatineinjectionen günstig beeinflusst wurden. Benutzt wurde eine 2,5%ige neutralisirte Lösung von Gelatine in physiologischer Kochsalzlösung; die Injectionen selbst wurden unter allen aseptischen, resp. antiseptischen Cautelen in die linke Brustseite gemacht. Jedesmal wurden 50 bis 120 ccm der auf 40° erwärmten Lösung injicirt.

Dr. Gassner gibt an, eine Nierenbeckenblutung durch subcutane Gelatine-Injectionen gestillt zu haben.

In einem Falle von Nierenblutung bei Hämophilie, die 14 Tage lang allen Mitteln getrotzt hat, liess Dr. Hahn (Elmhorn i. H.) täglich 200—250 g Gelatine den Speisen beigemischt vom Kranken nehmen. Am dritten Tage war der Urin schon klar und blieb es auch in der Folge.

Dr. Kuhn (Dresden) teilt einen Fall mit, wo nach subcutanen Gelatineinjectionen Tetanus auftrat. Es ist daher wünschenswert, dass die zu verwendende Gelatine frisch aus dem leimgebenden Gewebe gesunder Schlachttiere bereitet wird.

In der British Medical Association wies Dr. Smith auf die bekannte Thatsache hin, dass die Anwendung von Adstringentien bei Hämoptoë absolut zwecklos ist, dass die Ansichten über Wirkungsweise des Secale cornutum zwar noch auseinandergehen, dass aber der Effect des Mittels auf die Uterusmuskulatur keineswegs die gleiche Wirkung auf die Muskulatur der kleinen Gefässe beweist. Bei Lungenblutungen gibt es nur eine wirklich nützliche Medication, Morphium subcutan, ausserdem beruhige man den Patienten, gebe ihm keine kalten Getränke oder Eis, da durch Vagusreizung Husten ausgelöst wird und die Contraction der Magengefässe Hyperämie der Lungen zur Folge hat.

Dr. Dixon weist nach, dass Medikamente, welche Blutdrucksteigerung durch Verengerung der peripherischen Gefässe herbeiführen, den Blutgehalt der Lungen erhöhen und daher bei Hämoptoë contraindicirt sind; bei Magenblutungen empfiehlt er Nebennierenextrakt.

Dr. Kingscote rät bei inneren Blutungen Hyperämie anderer Organe durch heisse Umschläge und Hautreize zu erzielen.

Dr. Leslie warnt bei Hämoptoë ebenfalls vor Adstringentien und Secale und legt den Hauptwert auf die richtige Lagerung des Kranken. Derselbe muss auf der erkrankten Seite liegen, die Regurgitation des Blutes bei der Inspiration erfolgt dann hierhin; liegt er aber auf dem Rücken oder der gesunden Seite, so dringt es in die gut functionirende Lunge, die Atmung wird erschwert und der Patient kann ersticken; Nebennierenextract hat sich nach Leslie bei Hämaturie bewährt.

Dr. Nottebaum (Remilly) macht auf die blutstillende Wirkung des Chinoxols (oxychinolinsulfosaures Kalium) aufmerksam. Bei Behandlung von stark blutenden Wunden mit Chinosollösungen von 1—2 : 1000 steht die Blutung meist in ganz kurzer Zeit. Heftiges Nasenbluten wurde sofort durch Einbringung von mit Chinosollösung 2 : 1000 getränkten Wattetampon zum Stehen gebracht. Blutungen granulirender Flächen bei Verbandwechsel, capilläre Blutungen bei Operationen stehen bei einfacher Berieselung mit Chinosollösung 1 : 1000 oder nach kurzen Betupfen mit Wattetampons, die mit einer solchen Lösung getränkt sind.

Dr. Heelas gelang es, bei einem 80jährigen Manne Prostatablutungen dadurch zu stillen, dass er dreimal täglich mittels eines Katheters einige Tropfen einer Nebennierenextractlösung in die Prostata brachte.

Ueber Blutungen nach vorgenommener Tonsillotomie berichtet Prof. Seifert (Würzburg). Zur Vermeidung derselben empfiehlt Autor nicht mehr, als drei Viertel der Mandel zu entfernen, um dickere, aus der fibrösen Kapsel austretende Aeste der Arteria tonsillaris nicht zu verletzen. Man soll die Mandel deshalb nicht allzusehr zwischen den Gaumenbögen hervorziehen, andererseits sie beim

Digitized by Google

Eingriff nicht zu sehr durch Druck von aussen nach innen drängen, da sonst leicht benachbarte Schleimhautfalten mit verletzt werden, die zu stärkeren Blutungen Anlass geben können. Für gewöhnlich stehen kleinere Blutungen nach Gurgeln mit kaltem Wasser, Schlucken von Eispillen, ruhigem Verhalten, gelegentlich aber macht die Blutstillung grosse Sorgen. Die alsdann vielfach angewandten Adstringentien, wie Tannin, Alaun, Eisenchlorid sind nicht zweckmässig. Die Nachteile solcher Mittel sind die, dass zwar für einen Moment die Blutung steht, weil sich im Rachen Gerinnungspfröpfe gebildet haben. Tritt jedoch alsdann eine kleine tropfenweise Blutung ein, so reizt diese den Patienten zum Würgen, die Gerinnsel im Rachen werden ausgewürgt, und die Blutung stellt sich wieder ein. Besser hat sich das Betupfen mit einem in concentrirte Chromsäurelösung getauchten Wattepinsel bewährt. Oft führt auch die directe Compression oder die Kauterisation zum Ziele. Seltener dürften heftige Nachblutungen nach der Incision eines Tonsillarabscesses sein. Verfasser berichtet über zwei derartige Fälle, in welchen sich als einfachste Methode der Blutstillung die exacte Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze erwies.

Die von Labadie-Lagrade empfohlene Behandlung von Gebärmutterblutungen mit Antipyrin-Salol hat Dr. Spaeth (Hamburg) einer Nachprüfung unterzogen. Das Verfahren besteht darin, dass das weisse Pulvergemisch zuerst in einem Reagirgläschen zum Schmelzen gebracht wird, wobei sich die entstehende Flüssigkeit erst schmutziggelb, dann braun färbt und in ihrem süsslichen Geruch an Caramel erinnernde Dämpfe entwickelt; die mit Watte armirte Sängersche Silbersonde wird in die heisse Lösung getaucht und in den zuvor mittels der Sonde eruirten und mit einem Wattestäbchen ausgereinigten Uterus eingeführt, dessen Innenfläche nun möglichst an allen Stellen betupft wird. Selten genügt eine Betupfung, diese muss vielmehr in 2 bis 4tägigen Zwischenräumen mehrere Male (bis zu acht) wiederholt werden; bleibt auch dann der Erfolg aus, so versagt die Methode. Die im Speculum eingestellte Portio braucht meist nicht angehakt werden, die Sonde findet gewöhnlich ihren Weg, und das ist bei Adnexerkrankungen, wo ein Anhaken der Portio vermieden werden muss, sehr wichtig. Refractär verhielt sich der Anwendung gegenüber völlig die glanduläre Form der Endometritis in ihren ausgebildeten Stadien, ferner die folliculären oder fibromyomatösen polypösen Excrescenzen im Uteruscavum, während sie bei interstitiellen Myomen manchmal von Vorteil ist, ohne dass sie je geschadet hätte. Der beste Erfolg wurde bei Blutungen, welche durch eine Subinvolutio uteri post partum oder abortum bedingt war, erzielt; hier versagte das Mittel niemals, ebenso bei den Blutungen, welche nach einer Ausschabung wegen Endometritis zurückblieben. Uncomplicirte Endometritis, klimacterische Blutung, Blutung bei Adnexentzündungen, ovarigene Blutungen wurden häufig günstig beeinflusst, d. h. aufgehoben, die Grundkrankheit musste natürlich für sich behandelt werden. Eitrige Uterussecretion, besonders solche gonorrhoischer Art, blieben unverändert.

Bei Intestinalblutungen ist die Behandlung mit allgemeinen Mitteln ganz unzuverlässig. Sichere Resultate könnte nur eine Localtherapie geben. Als solche könnte nach Dr. Kelling (Dresden) die Compression des blutenden Organes durch künstlich herbeigeführte Drucksteigerung in der Bauchhöhle mittels Lufteinblasung gelten. Autor stellte diesbezügliche Versuche an Hunden an. Die Luftfüllung bringt Blutungen aus mittleren und kleineren Gefässen bei Hunden ziemlich schnell zum Stehen und bewirkt, dass aus grösseren arteriellen Gefässen das Blut wenigstens bedeutend schwerer ausfliesst. Luftfüllung selbst bis 150 mm Hg bringt das Peritoneum nicht zum Reissen. Dagegen kann Dyspnoe und Collaps eintreten. Die Operation wird mittels eines an einem Gebläse befestigten Troicart gemacht; in dem Schlauche ist Watte zur Reinigung der durchstreifenden Luft eingeschaltet, und ein Nebenschlauch führt zu einem Manometer. In der Linea alba wird, die Spitze nach abwärts gegen den Nabel gerichtet, eingestochen. Die eingepumpte

Digitized by Google

Luft wird einige Stunden in der Bauchhöhle gelassen. Contraindicationen sind Lungen- und Herzkrankheiten nicht, wohl aber alle Zustände, bei welchen die Bauchhöhle keine Luft halten kann (Verletzungen der Bauchdecken, Hernia diaphragmatica, subphrenischer Abscess, in die Pleura durchgebrochene Ecchinokokken etc.).

Ueber Anwendung subcutaner Gelatine-Injectionen zur Blutstillung von Dr. Grunow (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 32). — Die Gelatine als Hämostaticum von Dr. Gebele (Münchener]med. Wochenschr. Nr. 24). — Zur Behandlung der Lungenblutungen mit subcutanen Gelatineinjectionen von DDr. Hammelbacher und Pischinger (Münchener med. Wochenschr. Nr. 50). — Einfluss subcutaner Gelatineinjectionen auf Nierenbeckenblutung von Dr. Gessner (Münchener med. Wochenschrift Nr. 2). — Nierenblutung bei Hämophilie durch Gelatine geheilt von Dr. Hahn (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 7). — Tetanus nach Gelatineinjection von Dr. Kuhn (Münchener med. Wochenschr. Nr. 48). — Dr. Smith, Dr. Dixon, Dr. Kingscote und Dr. Leslie über die Behandlung innerer Blutungen in der British Medical Association (Brit med. Journ. — Ther. Monatshefte I. Heft). — Ueber Chinosol von Dr. Nottebaum (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15). — Nebennierenextract bei Prostatablutungen von Dr. Heelas (Brit. med. Journ. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25). — Ueber Blutungen nach Operationen an den Gaumentonsillen von Prof. Seifert (Wiener klin. Rundschau. — Medico Nr. 17). — Antipyrin-Salol als Hämostaticum von Dr. Spaeth (Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. — Oest.-ung. Centralblatt Nr. 17). — Die Tamponade der Bauchhöhle mit Luft zur Stillung lebensgefährlicher Intestinalblutungen von Dr. Kelling (Münchener med. Wochenschr. Nr. 39).

**Bluttransfusion.** Die Reaction des Organismus nach Tierbluttransfusionen versuchte Prof. Bier an einer Reihe von Kranken zu therapeutischen Zwecken auszunützen. Er nahm dazu lediglich frisches defibrinirtes Blut von Hammeln, welches mittels einer Pravazspritze direct in eine der prall gefüllten Venen in der Ellenbeuge injicirt wird. Teils begann Verfasser mit geringeren Mengen (5 ccm) Blut, teils begann er sogleich mit grösseren Quantitäten (15 bis 25 ccm). Gewöhnlich trat nach den ersten Einspritzungen keine oder nur geringe Reaction ein; erst allmählich nimmt das Blut durch die wiederholten Transfusionen seine hämolytischen Eigenschaften an, dazu treten heftige Erscheinungen ein. Bei einigen Kranken zeigte sich nach der Transfusion auch ein Milztumor. Verfasser behandelte im ganzen 11 Kranke mit diesen Lammbluttransfusionen, und zwar hoffnungslose Patienten mit ihrer Zustimmung. Es waren Patienten mit vorgeschrittener Tuberculose der Knochen, Gelenke, der Lungen, der Geschlechtsorgane, des Bauchfells, u. s. w., endlich vier Fälle von Lupus, die schon häufig ohne Erfolg operativ und medicamentös behandelt worden waren. Einige Patienten sind inzwischen gestorben; ein Patient mit Hodentuberculose nahm um 10 Pfund zu, seine tuberculösen Blasengeschwüre wurden erheblich gebessert; ein anderer Patient mit schwerer Lungenphthise und Hodentuberculose nahm nach 10 Einspritzungen im Verlauf von zwei Monaten um 18 Pfund zu; die Hodentuberculose besserte sich sehr erheblich. Bei den vier Lupuskranken gelangten nach den Einspritzungen die Geschwüre zur Eintrocknung und Ueberhäutung. Was das Fieber anlangt, so befanden sich die meisten Kranken während des Schüttelfrostes und Transfusionsfiebers vollständig wohl und nahmen Nahrung mit Appetit zu sich. Die meisten Kranken klagten auch nach jeder Bluteinspritzung über Trockenheit im Munde und heftigem Durstgefühl. Verfasser glaubt also, dass die Tierbluttransfusion möglicher Weise durch folgende Wirkungen einen heilenden Einfluss auf Krankheiten ausüben kann: 1 Durch die Möglichkeit, vorübergehende Hyperämien, auf capillarer Stauung beruhend, und seröse Durchtränkung der verschiedensten Körperteile, auch der innersten, hervorzurufen. Wahrscheinlich treten diese Veränderungen gerade in den erkrankten Teilen am hochgradigsten auf; 2. durch die mächtige Anregung des Stoffwechsels und Appetits; 3. durch das hohe aseptische Transfusionsfieber; 4. möglicher Weise auch durch die Aenderung der Blutbeschaffenheit, welche die Einspritzungen hervorbringen.

Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut, und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken von neuen Gesichtspunkten betrachtet von Prof. Bier (Münchener med. Wochenschrift Nr. 15).

Digitized by Google

**Bromeigone.** Dr. Saalfeld (Berlin) empfiehlt die Bromeigone gegen Erectionen und Pollutionen, die im Verlauf der acuten Urethroblenorrhoe auftreten. Er gibt das wasserunlösliche Bromeigon abends vor dem Schlafengehen in Pulver- oder Tablettenform in der Dosis von 1—2 g, oder das wasserlösliche Peptobromeigon in der Lösung 10,0 : 50,0, und lässt hiervon abends 1½—3 Theelöffel nehmen. Dieselbe Verordnungsform hat sich auch bei Pollutionen, von denen tripperfreie Individuen belästigt wurden, bewährt. Handelte es sich um mit Jucken oder Brennen oder Schmerzen verbundene Dermatosen, bei denen diese Symptome zu bekämpfen waren, wie Lichen ruber planus oder Herpes zoster, so liess er die Patienten je nach Bedarf 2—3mal täglich 1 g des Bromeigon oder 1—1½ Theelöffel der genannten Peptobromeigonlösung nehmen.

Ueber Bromeigone von Dr. Saalfeld (Therap. Monatsh. 2. Heft).

**Bromocoll.** Bromocoll ist nach Dr. Brat und Dr. Friedländer eine durch ein besonderes Verfahren hergestellte Bromverbindung, im Wesentlichen das Product, welches durch Fällung mittels Leim in einer nach Einwirkung von Brom auf Tannin entstandenen Lösung entsteht. Es ist ein feines, hellbraun-gelbliches Pulver, geruch- und geschmacklos, unlöslich in Wasser, fast unlöslich in verdünnten Säuren, löslich dagegen in alkalischen Flüssigkeiten. Es wird also, abgesehen von sehr geringen Quantitäten, die durch den Speichel, respective den Magensaft gelöst werden, den Magen unzersetzt passiren und erst im Darm zur Resorption gelangen. Die von Friedländer an Kaninchen ausgeführten Versuche ergaben, dass das Bromocoll vom Darm resorbirt, im Körper zurückgehalten und durch den Urin ausgeschieden wird. Es wirkt als Brompräparat, ohne Störungen im Allgemeinbefinden hervorzurufen, und setzt die Erregbarkeit der motorischen Centren der Hirnrinde herab. In der Praxis wurde Bromocoll häufig angewendet, ohne irgend eine Schädigung, meist mit Erfolg. Niemals trat Obstipation auf. Es wurden behandelt Fälle von Herzneurose, allgemeiner Neurasthenie, sexueller Neurasthenie (Pollutionen), Graviditätsbeschwerden (Erbrechen), nervöser Gastritis, postdeliranten Zuständen, Dysmenorrhöe (Hysterie), leichter Melancholie mit Schlaflosigkeit, Imbecillitas mit leicht maniakalischen Zuständen. Die Dosen betrugen 1—5 g pro die in Pulvern oder in Tabletten zu 0,5 g. Die Wirkung war besonders prompt bei sexuellen Neurosen und Vomitus gravidarum.

Dr. Junius und Dr. Arndt haben das Bromocoll an einigen Kranken der Irrenanstalt zu Dalldorf geprüft und haben gefunden, dass es als Sedativum und Antiepilepticum etwa so wirkt, wie es dem Bromgehalte nach zu erwarten war. Zu einer kräftigen Einwirkung muss man grosse Dosen geben, was insofern keine Bedenken hat, als das Mittel von den Verdauungsorganen gut vertragen wird und die Ernährung nicht schädigt. Acne scheint nur selten aufzutreten.

Dr. Joseph (Berlin) liess Bromocollsalben als 10—20%ige Präparate mit Resorbin oder Lanolin darstellen. Diese Salben bewährten sich bei localem und universellem Pruritus; ferner beim Jucken des Lichen ruber planus, ebenso bei Lichen simplex, ferner bei Prurigo mitis und bei verschiedenen Urticariaformen.

Bromocoll, ein neues Brompräparat von DDr. Brat und Friedländer (Ther. Monatsh. 4. Heft). — Ueber Bromocoll von DDr. Junius und Arndt (Fortschr. d. Med. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft) — Ueber Bromocollsalben von Dr. Joseph (Dermat. Centralbl. Nr. 7).

**Bronchialerkrankungen.** In der Behandlung der Bronchiectasie und chronischen Bronchialaffectionen erreichte Prof. Ewart (London) dadurch einen sehr guten, und zwar symptomatisch fast einen sofortigen Erfolg, dass er die Kranken mit dem Oberkörper tief lagern liess, was dadurch erreicht wurde, dass das Bettende um 12—14 (englische) Zoll erhöht wurde. Während Quincke die Tieflagerung nur zeitweilig ausführen lässt, wird diese bei Ewart beständig inne gehalten. Weiters wird Ichthyol verabreicht, während Athemübungen die ausgeschalteten Lungenteile wieder functionsfähig machen sollen.

Digitized by Google

Dr. Heermann (Posen) wendet in allen Fällen von Bronchitis und Bronchopneumonie der Kinder zunächst beim Eintritt bedrohlicher Erscheinungen, späterhin aber auch schon vorher die künstliche Atmung mit Nutzen an. Neben der angeordneten Medicin und hydropathischen Proceduren, lässt man mehrmals täglich je eine halbe Stunde künstliche Atmung von den Angehörigen des Kindes in der Weise vornehmen, dass dieselben bei der Ausatmung einen leichten Druck mit einer Hand auf die falschen Rippen ausüben und öfter mit der Hand wechseln, damit dieselbe nicht zu schwer wird. Einzelne Kinder sträuben sich anfangs dagegen, gewöhnen sich aber daran, andere empfinden sogleich eine Erleichterung in der Unterstützung ihrer oft schon stark angestrengten Exspirationsmusculatur. Das Auswerfen wird gefördert, die Atmung vertieft, die Zahl der Athemzüge vermindert und der Puls gehoben. Zweckmässig kann man natürlich dieses Verfahren mit Sauerstoffinhalationen verbinden, welche zwar auf den Auswurf keinen directen Einfluss haben, aber die Herzkraft auch da vermehren, wo schon Tage lang Excitantien gegeben sind. Doch auch ohne diese Inhalationen bildet die künstliche Atmung ein Mittel mehr, um über diejenigen Momente, in welchen durch Schleimhäufung in den Bronchien und Erlahmung der Atmungsmuskeln Gefahr droht, hinwegzuhelfen.

Die Behandlung der Bronchiektasie und chronischen Bronchialaffectionen mit Lagerung und Atmungsübungen von Prof. Ewart (Lancet. — Wien. klin. Wochenschr. Nr. 48). — Künstliche Atmung bei Bronchitis der Kinder von Dr. Herrmann (Ther. Monatsh. 8. Heft).

**Bubo.** Dr. Krulle empfiehlt zur Behandlung von Bubonen das Lang'sche Verfahren: Die Drüsen werden durch feuchtwarme Umschläge möglichst rasch zur Vereiterung gebracht, dann macht man mit einem Skalpell unter dem Aethylchloridspray einen kleinen Einstich, exprimirt den Eiter, spült die Höhle aus, injicirt 1—2 cm einer 1%igen Argentumlösung durch die Stichöffnung und verbindet. Diese Injectionen setzt man in Pausen von 1—3 Tagen so lange fort, bis das exprimirte Secret serös geworden ist. Der Nachteil dieser Behandlung liegt in ihrer mitunter Monate langen Dauer, ihr Vorzug darin, dass es in den meisten Fällen gelingt, die Kranken ohne Berufsstörung, ohne grössere Operation und mit kaum sichtbaren Narben zu heilen. Bei spontanem Aufbruch des Bubo müssen die Fisteln gespalten, die eiternden Flächen ausgekratzt und die freiliegende Höhle durch Jodoformbehandlung zum Verschluss gebracht werden.

Dr. Krulle über Ulcus molle und Bubo in der Charité zu Berlin (Ther. Monatsh. 2. Heft).

**Bulbusoperationen.** Prof. Pflüger (Bern) vergleicht den Wert der Enucleation des Augapfels mit den zu ihrem Ersatz angegebenen Methoden. Letztere sind: 1. Die Abragung nur eines vorderen Segmentes des Auges; 2. Neurotomia opticociliaris (Durchschneidung des Sehnerves); 3. Neurectomia optico-ciliaris (Ausschneidung eines Stückes aus dem Sehnerv); 4. einfache Exenteration (Evisceration), (Entleerung des krankhaften Augeninhaltes bei Erhaltung des Scleralbeutels mit den daran inserirenden Muskeln); 5. combinirte Exenteration mit Einnähung einer Kugel in den entleerten Scleralbeutel (Mules); 6. combinirte Enucleation mit Einsetzen einer Kugel in die Tenon'sche Kapsel (Frost-Lang): 7. curage de l'oeil panophthalmitique (Chibret): Corneallappenschnitt mit Durchtrennung der Iris, Pupillarschwarte, Linsenkapsel: Austritt der Linse, Ausspülung des eitrigen Augeninhaltes, bis die Lösung klar abfliesst. Nach Pflüger sind die Indicationen zur Enucleation folgende: Sie ist geboten, bei malignen Tumoren des Auges (ausgenommen einige seltene Fälle sehr kleiner Tumoren des Limbus und der Conjunctiva), malignen Tumoren der Orbita, ausgesprochener sympathischer Ophthalmie, schmerzhafter Phthisis bulbi. Sie ist den anderen Ersatzoperationen vorzuziehen, bei sympathischer Irritation; bei schweren Verletzungen, welche wenigstens drei Wochen conservativ behandelt wurden; Verletzungen, welche durch Fremdkörper in der Sclera, Orbita oder im Sehnerven nach Perforation der Sclera, complicirt sind; acuter Panophthalmie,

Digitized by Google

welche fünf, sechs Tage oder länger besteht; Panophthalmie, bei welcher nekrotische Abstossung der Sclera zu befürchten ist; Verbrennungen, Verätzungen mit Alkalien, Säuren, starken Antisepticis. Ferner in Fällen, die ein wissenschaftliches Interesse bieten; wie gewisse Verletzungen, congenitales oder infantiles Glaukom, grosse Staphylome Erwachsener, amaurotische Bulbi mit congenitalen Anomalien u. s. w. Indicationen zur Evisceration: Die frischen Panophthalmien, die Mehrzahl der perforirenden Verletzungen, gewisse Fälle von Staphylom der Cornea. Die einfache Evisceration wird der combinirten vorzuziehen sein bei grösseren Substanzverlusten der Sclera, ferner wenn das Aussehen der inneren Oberfläche der Sclera eine Nekrose derselben befürchten lässt, oder wenn eine künstliche Kugel nicht zur Hand ist. Indicationen zur Neurectomie. Das absolute Glaukom und das totale Leukom der Cornea, selbst wenn die Ektasie nur gering ist. Indicationen zur Abtragung der Cornea: Staphylom der Cornea, besonders wenn es doppelseitig ist und überhaupt, wenn ein Rest von Licht- und Farbenempfindung erhalten ist; die partiellen Staphylome, besonders, wenn deren Basis verkleinert ist und so eine Einschnürung bildet.

Dr. Heimann (Berlin) empfiehlt die modificirte, offene Wundbehandlung nach Bulbusoperationen. Er versteht darunter das Freibleiben des Auges von jedem dem Bulbus direct anliegenden Verband und die Anwendung eines den Lidschlag zulassenden Schutzapparates, unter welchem das Auge geöffnet bleiben soll. Solche Schutzvorrichtungen sind z. B. Drahtgitter nach Fuchs, mit Gummi oder Taffet überzogen, Drahtbrillen, Celluloidklappen nach Schreiber (Magdeburg), die mit gekreuzten Heftpflasterstreifen oder Bändern befestigt werden, Praun'sche Drahtgitter. Die Vorteile dieser modificirten Wundbehandlung sind nach Verfasser 1. Schutz des Auges gegen mechanische Beschädigung, 2. Fortschaffung der Bakterien des Bindehautsackes durch den Lidschlag, 3. schnelleres Reizloswerden des operirten Auges, 4. bessere Adaption der Wundränder und Verminderung des störenden Operationsastigmatismus, 5. geringere Belästigung des Patienten, 6. Verringerung der Möglichkeit einer psyschischen Alteration, 7. leichtere und bequemere Controlle und Nachbehandlung des operirten Auges.

Prof. Pflüger über den Wert der Enncleation des Augapfels und der zu ihrem Ersatz angegebenen Methoden auf dem internationalen medicinischen Congresse (Ther. d. Gegenw. 2. Heft). — Ueber die modificirte offene Wundbehandlung nach Bulbusoperationen von Dr. Heimann (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8).

## C.

**Campher.** Dr. Häubler (Zwönitz) bedient sich zur Injection der Lösung in Aether und zwar zu gleichen Teilen, so dass eine Pravaz'sche Spritze etwa 1,0 g Campher enthält. Hiervon injicirt man bei Collapszuständen bei Erwachsenen zunächst eine volle Spritze und lässt nach einigem Zuwarten, sobald sich der Collaps noch nicht gehoben hat, nach Bedarf noch ca. $^1/_2$—1 Spritze folgen. Trotz dieser recht hohen Dosen werden niemals toxische Wirkungen des Mittels beobachtet. Bei jüngeren Kindern gebe man Campher als Klysma 0,1 g in einer kleinen Spritze Tokayer. Oeftere Wiederholung dieser Application ist zu vermeiden.

Zur Anwendung des Camphers von Dr. Häubler (Therap. Monatsh. 12. Heft).

**Cataracta.** Nach Dr. Bähs Auseinandersetzungen ist die Rhachitis als Ursache des Schichtstaars anzusprechen, und zwar nur diese, nicht auch angeborene Syphilis. Auch die so häufig bei Schichtstaar beobachteten Convulsionen sind nur als eine Aeusserung der durch die rhachitischen Knochenerkrankungen bedingten Circulationsstörungen im Schädelinnern anzusehen. Von 1869—1899 kamen in der Hirschberg'schen Klinik 153 Schichtstaarkranke zur Behandlung; das Forschen nach Rhachitis ergab hierbei

Digitized by Google

in 88,75% ein positives Resultat. Verschiedenartig in Form und Ausdehnung trat die Rhachitis auf; entweder wurde nur ein Anzeichen oder meist mehrere derselben beobachtet. Zahnveränderungen wurden in 58,4%, Convulsionen in 40,4%, allgemeine Rhachitis in 86% gefunden. Was die Therapie des Schichtstaars etrifft, so ist jetzt wohl ziemlich allgemein die Discission als die beste Operationsmethode anerkannt, da sie einmal bezüglich der Sehschärfe die besten Resultate liefert und dann auch die Schädigungen beseitigt, die bei der Iridectomie entstehen, bezw. bestehen bleiben.

Ueber die Indicationen zur Operation des Alterstaares schreibt Dr. Bondi (Iglau): Eine im anatomischen Sinne sonst reife Cataracta soll im Allgemeinen — abgesehen von Ausnahmen — als nicht operationsreif bezeichnet werden sobald das andere Auge noch normale oder nahezu normale Sehschärfe hat denn das aphactische Auge kann ohne Glas keine nennenswerte resp. praktisch zu verwendende centrale Sehschärfe erlangen. Man müsste somit dem operirten Auge ein entsprechendes starkes Convexglas, dem nicht operirten, sehtüchtigen Auge ein Planglas vorsetzen. Die Patienten weisen jedoch eine derartige Brille zurück, weil der Unterschied in der Stärke der Gläser beider Augen nicht vertragen wird. In einem solchen Falle wird der Patient nur von dem unoperirten unbewaffneten Auge Gebrauch machen. Aber abgesehen davon, dass in der Mehrzahl der einseitigen Cataracta kein Gewinn aus der Operation resultirt -- der Vorteil der Vergrösserung des Gesichtsfeldes ist nur ein geringer — stellen sich in manchen Fällen sogar noch Nachteile und Beschwerden ein. So klagten verschiedene Patienten über so starke Blendungserscheinungen auf dem operirten Auge, dass sie dasselbe, um durch das Blenden nicht gestört zu sein, verbinden mussten. Als operationsreif ist eine Cataracta erst dann zu bezeichnen, wenn die Sehschärfe am besseren Auge unter 1/3 gesunken ist. Ein gut operirtes cataractöses Auge hat ja nach der Operation durchschnittlich mindestens 1/3—1/2 der normalen Sehschärfe. Wenn daher an dem unoperirten Auge die Sehschärfe unter 1/3 gesunken ist, wird der Patient das operirte und korrigirte Auge mit der besseren Sehschärfe stets vorziehen. Ferner bemerkt Verfasser, dass es nicht unbedingt notwendig ist, dass die Linse vollständig undurchsichtig sei, um als reif zur Operation bezeichnet zu werden; denn es kann für einzelne Patienten von grossem Vorteil sein, wenn das Gesichtsfeld des erkrankten Auges vergrössert wird.

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Schichtstaars von Dr. Bähs (Deutsche med. Wochenschrift. — Oest.-ung. Centralblatt Nr. 3). — Ueber die Indicationen zur Operation des Altersstaares von Dr. Bondi (Wiener med. Presse Nr. 30).

**Chinin und Chininpräparate.** Nach Dr. Blümchen (Berlin) lassen sich Schmerzhaftigkeit und lokale Nekrose bei subcutanen Chininjectionen dadurch vermeiden, dass das salzsaure Chinin in kochendem Wasser gelöst und nicht mehr als 0,5 g des Salzes (in 1 ccm heissem Wasser gelöst) an einer Stelle subcutan injicirt wird. Auf die Injectionsstelle empfiehlt es sich einen feuchten Verband zu legen.

Unter den Chininpräparaten hat Dr. Overlach (Greiz) den Chininester der Salicylsäure, Salochinin, als ein sehr gutes Fiebermittel und Heilmittel bei Neuralgie und Neurosen bewährt befunden. Es ist absolut geschmacklos, erzeugt keinerlei Störungen des Nervensystems, wie Ohrensausen, Schwindel, Sehstörungen etc., und reizt den Verdauungs- und den Harnapparat selbst in grossen Dosen oder bei lange fortgesetztem Gebrauche absolut nicht. 2 g Salochinin entsprechen 1 g gewöhnlichem Chinin. Als Antineuralgicum wirkt es in Dosen von 2 g. Abends, resp. ein zweitesmal Nachts genommen, bei Ischias sehr gut. Auch bei Typhus wirkt es als mildes Antipyreticum auch auf den gesammten Krankheitsverlauf sehr vorteilhaft, und zwar am Besten Abends eine Dosis von 2 g, kurz vor dem Bade genommen. Als neutrales Salz des Salochinin entfaltet das Salicylat—Rheumatin genannt—gleichzeitig die Chinin- und die Säurewirkung. Dieses völlig geschmacklose, in Wasser schwer lösliche Salz besitzt eine vorzüg-

Digitized by Google

liche antirheumatische Wirkung. Das Rheumatin enthält circa 50% Salicyl und ist als ein einheitlicher Körper von eigener Wirkung anzusehen. Bei schwersten Fällen von Gelenkrheumatismus, Recidiven und Complicationen von Seite des Herzens, hat es sich vortrefflich bewährt. Verfasser stellt das Mittel über alle anderen Salicylpräparate. Er verordnet die ersten drei Krankheitstage dreimal täglich 1 g, dann einen Tag Pause, nachher vier Tage je 4 g pro die und jeden fünften Tag Pause. Besondere Vorzüge sind völlige Geschmacklosigkeit und absolute Unschädlichkeit für Magen und Herz. Rheumatin eignet sich auch sehr gut für gonorrhoischen Rheumatismus, Neuralgien und tabische Schmerzen. Salochinin und Rheumatin werden ebenso wie Euchinin von den Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M., hergestellt.

Zur Technik der Verwendbarkeit subcutanor Chinininjectionen von Dr. Blümchen (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17). — Ueber Chinin und seine Ester von Dr. Overlach (Centralbl. f. inn. Med. Nr. 33a).

**Choclon.** Choclon ist eine vegetabilische Milch, die in Argentinien aus dem Samen einer Maispflanze in Form eines wässerigen Extractes gewonnen wird und den Nährwert der Frauenmilch übertreffen soll. Nach Untersuchungen von Andres y Flobet enthält Choclon in 100 Teilen: 46,51 Teile $H_2O$, 29,25 Teile Stärke, 8,87 Proteïnstoffe, 8,33 Lactose, 4,14 Cellulose, 1,89 Fette, 0,01 Salze.

Ueber Choclon (Nouv. Reméd. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1. Heft).

**Chorea.** Nach Prof. Heubner's (Berlin) Meinung ist die genuine Chorea zu den rheumatischen resp. zu den infectiösen Erkrankungen zu rechnen. Dafür spricht neben anderem, dass Chorea gern in rheumatischen Familien auftritt, dass sich auch bei Chorea rheumatische Exantheme zeigen, und ferner die Neigung beider Erkrankungen, sich bisweilen in die Lunge zu ziehen und zu Recidiven zu führen. Beide sind häufig complicirt durch Endocarditis, gleichgiltig, ob es sich um schwere oder leichte Primärerkrankung handelt. Heubner weist noch auf die interessanten Beobachtungen von Litten hin, dass Chorea sich gleichfalls wie der Rheumatismus im Anschluss an eine Gonorrhoe findet, wo sie als ein rheumatisches Aequivalent aufzufassen ist. Die echten Choreabewegungen machen beinahe regelmässig, wenigstens ein Teil derselben, den Eindruck von Gemüts- oder Affectsbewegungen; daher findet man auch die wirkliche Chorea nur nach dem dritten und vierten Lebensjahre, in einer Zeit, wo die Kinder bereits gelernt haben, ihre Gemütsbewegung durch eine bestimmte Muskelbewegung auszudrücken. Bei der Auffassung der echten Chorea als einer infectiösen rheumatischen Erkrankung müssen Bettruhe und schweisstreibende Methoden indicirt und von Vorteil sein. Daneben kommt Arsen zur Anwendung.

Prof. Heubner über Chorea auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Allgem. med. Central-Zeitg. Nr. 82).

**Cöliotomie.** Prof. Pfannenstiel (Breslau) empfiehlt den suprasymphysären Fascienquerschnitt für die gynäkologischen Cöliotomien. Derselbe ist eine Modification des Küstner'schen suprasymphysären Kreuzschnittes. Wie dieser soll er die entstellende Narbe des classischen Bauchschnittes vermeiden, dabei aber einen sicheren Schutz vor Bauchhernien gewähren. Er wird folgendermassen ausgeführt: Leicht bogenförmiger, 8—12 cm langer Hautschnitt an der oberen Grenze des Haarwuchses. Durchtrennung der wichtigen, von den Sehnenblättern des Musc. obliquus externus und internus gebildeten Aponeurose in derselben Richtung. Erst nachdem diese Sehnenplatte von den unter ihr liegenden Recti ca. 6 cm weit nach oben abgelöst ist, erfolgt während die Fascie zurückgehalten wird, der Längsschnitt durch die Recti, die Fascie des Musc. transversus und das Peritoneum. Die Bedeutung dieser Schnittführung liegt darin, dass unterhalb der Linea semicircularis die Befestigung der beiden Bauchwandhälften in der Mittellinie nur durch die den vorderen Rectusbäuchen aufliegende Aponeurosenplatte geschieht und

Digitized by Google

eine Längsspaltung dieser vermieden wird. Nur die bedeutungslose Sehne des Musc. transversus wird in der Längsrichtung durchschnitten. Als weitere Vorteile dieses suprasymphysären Fascienquerschnitts werden angegeben: 1. Leichte Zugänglichkeit und grosse Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes. 2. Schonung der Därme, die meist oberhalb des Operationsfeldes bleiben. Anwendung soll er finden: 1. Bei entzündlichen Adnexerkrankungen. 2. Bei fixirten Retroflexionen und bei mobilen Retroflexionen Nulliparer. 3. Bei frühen Stadien der Extra-Uteringravidität und ihren Folgen. Durch die neue Schnittführung soll die vaginale Cöliotomie, der gegenüber sich Autor im Allgemeinen ablehnend verhält, zu Gunsten des abdominalen Weges eingeschränkt werden.

Ueber die Vorteile des suprasymphysären Fascienquerschnitts für die gynäkologischen Cöliotomien, zugleich ein Beitrag zu der Indicationsstellung der Operationswege von Prof. Pfannenstiel (Samml. klin. Vortr. Nr. 268).

**Cupragol.** Das Cupragol ist eine Kupfereiweissverbindung. Es ist ein mattes, graugrünes Pulver, welches in 3 Teilen Wasser löslich ist. Die wässerige Lösung hält sich gut. Cupragol gelangt als entzündungswidriges und secretionsbewirkendes Mittel bei Erkrankungen von Schleimhäuten zur Anwendung. Dr. Emmert benutzte es in 1—5 %iger wässeriger Lösung zu Einträufelungen und Umschlägen bei Bindehautcatarrhen mit zufriedenstellendem Erfolge. Die Einträufelungen rufen Brennen, wie Zink- und Kupfersulfat, hervor, jedoch nicht lange anhaltend und weniger unangenehm.

Protargol und Cupragol von Dr. Emmert (Corr. f. Schw. Aerzte Nr. 9).

**Cysticercus intraocularis.** Prof. Schmidt-Rimpler gibt die Krankengeschichten von 7 Personen, die wegen Cysticercus im Auge von ihm operirt worden sind. Viermal sass der Cysticercus im Glaskörper, dreimal unter der Netzhaut. Gräfe bestimmte den Sitz des Cysticercus nach der Sehnenlänge des entsprechenden Kreisbogens; Schmidt-Rimpler hält die directe Messung nach dem Kreisbogen auf der Oberfläche des Auges für ebenso sicher und dabei einfacher. Unmittelbar vor der Operation soll stets noch einmal ophthalmoskopisch die Lage des Cysticercus festgestellt werden, da kurz vorher eine Veränderung der Lage eingetreten sein kann. Zur Sicherung der Einschnittstelle legt Schmidt-Rimpler ziemlich tief einen schwarzen Faden ein. Der Einschnitt selbst wird mit einem schmalen Staarmesser allmählich sägend durch die Augenhäute gemacht. Die Ablösung der Muskeln wird vorher möglichst nahe an der Sclera vorgenommen. Nach der Operation wird nur die Bindehaut-, nicht die meridionale Scleralwunde vernäht. Alle Operationswunden heilten glatt, aber nur ein Kranker erlangte eine Besserung des Sehvermögens. Bekanntlich pflegen alle Augen mit Cysticercus phthisisch zu Grunde zu gehen.

Sieben Extractionen von intraocularen Cysticercen von Prof. Schmidt-Rimpler (Zeitschr. für Augenheilk. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 2. Heft).

# D.

**Darmkrankheiten.** Dr. Cohnheim (Berlin) stellt sich die Darmresorption folgendermassen vor: Sobald sich im Innern des Darmes eine Flüssigkeit befindet, entsteht durch Kräfte, die in der Darmwand sitzen, und dem Stoffwechsel der Zellen ihren Ursprung verdanken, ein Flüssigkeitsstrom in das Blut hinein. Dieser Strom geht um so schneller, je weniger gelöste Stoffe die Flüssigkeit enthält, destillirtes Wasser wird ausserordentlich schnell resorbirt. Enthält die Flüssigkeit Salze, so richtet sich die Geschwindigkeit des Stromes darnach, ob diese Salze, wie z. B. die Ammoniaksalze, leicht durch die Darmwand hindurchgehen. Ist das nicht der Fall, handelt es sich um Salze, die schwer diffundiren, die

Digitized by Google

schwer oder gar nicht in die Zellen einzudringen vermögen, so halten sie ihr Lösungswasser im Darme fest und der Strom zum Blute ist sehr gering. Mit dieser Auffassung stimmt das Ergebniss Höber's überein, dass Resorptionsgeschwindigkeit und Diffussionsfähigkeit bis zu einem gewissen Grade parallel gehen.

Ueber die Frage, wie das Fett im Darme hergerichtet und resorbirt wird, besteht zwischen Munk und Prof. Pflüger (Bonn) Uneinigkeit. Nach Munk's Ansicht wird das Fett emulgirt und in Form kleinster Tröpfchen von den Darmepithelien aufgenommen, nach Autors Auffassung muss das Fett im Darme erst durch Enzyme gespalten und in wasserlösliche Stoffe verwandelt werden, die dann von den Epithelien aufgenommen und durch synthetische Arbeit der resorbirenden Zellen wieder in Fette zurückverwandelt werden.

Bei Darmerkrankungen, die mit Durchfall einhergehen und bei solchen, die Stuhlverhaltung hervorrufen, werden die Nieren häufig geschädigt, was sich durch Albuminurie oder auch nur durch die Entleerung einzelner Cylinder und Epithelien kund thut. Prof. Stiller (Budapest) führt aus, wie sich diese Nierenschädigungen in allen derartigen Fällen auf gemeinsame Ursachen zurückführen lassen, auf die Eindickung des Blutes und auf die Reizung im Blute kreisender Gifte.

Unter intestinaler Gährungsdyspepsie verstehen Prof. Schmidt und Dr. Strasburger (Bonn) eine beschränkte Anzahl leichterer Darmstörungen, die sich nicht ohne Weiteres in schon bekannte Krankheitsbilder einreihen lassen. Sie verraten sich durch den positiven Ausfall der „Gährungsprobe", wobei es sich im Wesentlichen um eine „Insufficienz" der Stärkeverdauung handelt. Zur Sicherstellung dieser Ansicht wurden vergleichende Kotanalysen bei Darmgesunden und Patienten mit Gährungsdyspepsie gemacht. Es ergab sich, dass bei der Gährungsdyspepsie ein hauptsächlich an noch verdauungsfähigen Kohlehydraten reicherer Kot entleert wird, dessen Fettgehalt geringer ist als bei Gesunden, dass also eine Insufficienz der Stärkeverdauung vorliegt. Das klinische Bild selbst bietet nur vage subjective Symptome (Leibschmerzen, Kollern, Blähungen) bei meist gutem Kräftezustand; objectiv findet sich belegte Zunge, Foetor ex ore, Mageninhalt normal, Abdomen excl. Magengegend druckempfindlich; 2–4 breiige Stühle täglich mit positiver Gährungsprobe. Wenn auch Mangels von Sectionsergebnissen eine anatomische Grundlage fehlt, so nehmen die Verfasser doch an, dass in Folge einer jedenfalls diffusen (also nicht Ulcus) Läsion der Dünndarmschleimhaut ein an teilweiser verdauter Stärke reicherer Kot in den Dickdarm gelangt, in dessen oberen Teilen deshalb eine erhöhte Kotgährung eintritt; dadurch erfolgt eine schnellere und häufigere Kotentleerung oder es tritt eine erhöhte Nachgährung ein. Besserung ist immer zu erwarten, aber auch häufige Recidive. Therapeutisch ist neben Bettruhe und warmen Umschlägen besonders die „Probediät" von Bedeutung. Medicamente (Kalomel, Tannin, Wismut) haben nur sehr vorübergehenden Erfolg.

Wie Prof. Pribram (Prag) mitteilt, gibt es Fälle, in denen teils mit den gewöhnlichen Stühlen, teils ohne dieselben reichliche ölartige, flüssige, gelbe Fettmassen abgehen, die beim Erkalten an der Luft erstarren und butter- oder wachsähnliche Massen bilden. Letztere überziehen die Fäces oder werden Morgens in der Bett- oder Leibwäsche gefunden. Solche Fälle von echter Steatorrhoe, welche nicht mit der Fettdiarrhoe der Kinder zu verwechseln ist, sind selten; Verfasser hat deren nur zwei gesehen, von welchen einer genau untersucht worden ist. Das Fett erwies sich seiner Zusammensetzung nach, dem bei der Nahrung eingenommenen Fett gleich. Ursachen der Fettstücke können folgende sein: 1. Uebermässige Zufuhr schwer resorbirbarer Fette. 2. Fehlen des Pankreassecretes. 3. Fehlen der Galle. 4. Gestörte Aufnahmsfähigkeit der erkrankten Darmschleimhaut, der Lymphgefässe und Gekrösdrüsen. 5. Zu sehr beschleunigte Fortbewegung des Darminhaltes. Im Verfassers Falle handelte es sich allem Anscheine nach um eine chronische Pankreatitis. Therapeutisch zeigte sich das Merck'sche Pankreatin noch am meisten wirksam.

Digitized by Google

Dasselbe wurde in allmählich ansteigenden Gaben von 0,3—1,5 des Tages — letztere Menge durch vier Wochen — gegeben.

Ueber Balantidien als Ursache von Affectionen des Dickdarmes veröffentlicht Prof. Ssaweljew eine Studie. Die Infection des Menschen erfolgt wahrscheinlich vom Schweine aus, da dieses als der natürliche Wirt der Balantidium coli angesehen werden muss. Das vorwiegende Symptom ist die Diarrhoe, wobei die Kranken bisweilen bis zu 20 Entleerungen in 24 Stunden haben. Die Fäces sind flüssig, enthalten Beimischungen von Schleim und unverdaute Teile der Nahrung, bisweilen bestehen sie ausschliesslich aus Schleim, sind äusserst übelriechend und enthalten Blut. Es bestehen quälende Tenesmen und Bauchschmerzen, ganz besonders in der Gegend des Blinddarms und der Flexura sigmoidea. Es gesellen sich allgemeine Schwäche und hochgradige Erschöpfung hinzu. Die Parasiten findet man nicht in den Fäcalmassen, sondern hauptsächlich in den beigemengten Schleimklümpchen, was bei der Vornahme einer mikroskopischen Untersuchung der Fäces in Betracht zu ziehen ist. Beim Menschen finden sich die Parasiten nur im Dickdarm: die Valvula Bauhinii bildet sozusagen die Grenze, welche sie nicht überschreiten; dies ist eine Thatsache, die auf Grund pathologisch-anatomischer Sectionen festgestellt ist. Die Schleimhaut des Dickdarms ist entzündet und von einer mehr oder minder grossen Anzahl gangränöser Geschwüre durchsetzt; letztere dringen durch die Mucosa und Submucosa, so dass deren Grund von der Muskelschicht gebildet wird. Die Geschwüre sind schmutzig, mit Eiter bedeckt, ihre Ränder sind infiltrirt. Die Diagnose gilt bei der Erkrankung an Balantidium coli als eine sehr ernste; sie verschlechtert sich noch mehr, wenn die Erkrankung an Balantidium coli mit anderen Erkrankungen des Darmtractus combinirt ist. Verfasser wendet folgende Therapie an: Calomel bis zur Abführung, zugleich Solutio kalii chlorici als Spülung, dann wird behufs Eliminirung des Calomels eine Dosis Ricinusöl verabreicht; dem Patienten wird vorgeschrieben, das Abdomen warm zu halten und zu diesem Zwecke eine Flanellleibbinde zu tragen. Die weitere Behandlung besteht in der Verabreichung von Chloroformwasser, zweimal täglich einen Esslöffel voll, und von Klysmen aus einer Sublimatlösung 1 : 3000. Als wirksame Mittel gegen das Balantidium coli haben sich ferner erwiesen: Cusso, Ammoniak, Kochsalz, Kalium hypermanganicum, Salpeter; besonders gut wirkt eine Verbindung von Acidum aceticum (1 : 1200 Wasser) und Acidum tannicum (1 : 800 Wasser). Während der Behandlung ist strenge Einhaltung der Diät erforderlich; alles, was die Bildung grosser Fäcalmassen begünstigt, ist zu verbieten. Sehr gute Dienste leistete das Chinin, desgleichen Filix mas und Flores cinae. Auch Tannalbin mit Wismut, eine warme Lösung von Acidum boricum per Clysma und Flores cinae per os werden empfohlen.

In zwei von Prof. Einhorn (New-York) näherbeschriebenen Fällen entwickelte sich als Folge habitueller Verstopfung die Sitophobie, die Furcht vor Nahrung. Die Patienten fürchteten sich, den Darm mit viel Nahrung zu behelligen, da derselbe angeblich nicht einmal mit kleinen Mengen der feinsten Nahrung fertig werden konnte. Nach Autor gibt es jedoch auch Fälle, in denen chronische Diarrhoe zur Entstehung der Sitophobie Anlass gibt. Während nun Zustände, die mit Diarrhoe einhergehen, durch Fernhalten von Nahrung sich für kurze Zeit bessern mögen, verhält sich die Sache ganz anders in den Fällen der so häufig vorkommenden habituellen Verstopfung. Letztere wird um so schlimmer, je weniger Nahrung eingenommen wird. Wird die Verstopfung hochgradiger, so fürchtet sich der Patient noch mehr, Nahrung zu geniessen. Auf diese Weise bildet sich ein Circulus vitiosus aus: Verstopfung, Sitophobie, welch' letztere wieder ersteren Zustand verschlimmert. Aber selbst in Fällen von Diarrhoe mit Sitophobie tritt nach einiger Zeit scheinbarer Besserung wieder Rückfall ein, der Organismus wird geschwächt und nervöse Symptome treten in den Vordergrund. Durch Zureden muss der Patient veranlasst werden, mehr Nahrung zu sich zu nehmen.

Nach Dr. Westphalen (St. Peters-



Digitized by Google

burg) sind sämmtliche Fälle der sogenannten Enteritis membranacea ätiologisch als einer Gruppe zugehörig anzusehen. Die Bildung der enteritischen Membranen dürfte auf einer nervösen Schleimhauthypersecretion im Darme beruhen. Therapeutisch bevorzugt Verfasser cellulosereiches Regime mit plötzlichem Uebergang zu demselben. Die spastische Obstipation wird durch warme, milde Wechsel-Regendouchen auf das Abdomen günstig beeinflusst. Ein Erfolg ist hie und da durch Bromsalze zu erreichen, im Allgemeinen muss man trachten, das nervöse Grundleiden nach Möglichkeit zu beeinflussen.

Zu den von Fleiner in die Therapie verschiedener Darmkrankheiten eingeführten Einläufen grösserer Quantitäten erwärmten Oeles (300—500) empfiehlt Dr. Wyss-Flury (Genf) den von Prof. Bourget in Lausanne angegebenen Oelirrigator „Selbsthilfe".

Einen neuen Apparat für Oeleingiessungen in den Darm beschreibt auch Dr. Pusinelli (Dresden). Derselbe ist durch die Firma Knoke & Dressler in Dresden zu beziehen.

Die von Betsch empfohlene Behandlung des Ileus mit grossen Atropindosen wurde in mehreren Fällen erprobt. Dr. Stille, Dr. Simon, Dr. Polack, Dr. Hämig, Dr. Kreitner, Dr. Adam und Dr. Gähtgens hatten gute Erfolge erzielt. Es wurde 0,001—0,003, in einem Falle sogar 0,005 pro dosi gegeben; in letzterem wurden innerhalb 60 Stunden 30 mg angewandt. In einigen Fällen stellten sich Intoxicationserscheinungen ein.

Im ärztlichen Vereine zu Hamburg geht Dr. Rumpel an der Hand von zwei einschlägigen Fällen auf die Erklärung der Atropinwirkung bei Ileus ein. Nach Rumpel ist dieselbe eine doppelte, erstens kommt es zu einer Lähmung der peripherischen Nervenfasern, zweitens aber auch zu einer Verminderung der Darmsecretion. Da nun in dem abgeschnürten Teil zuerst eine starke Absonderung vor sich geht, so ist jedenfalls auch diese letztere Wirkungsweise des Medicaments für die Lösung eines mechanischen Verschlusses von Bedeutung.

Nach Dr. Kümmell (Hamburg) ist vor Einleitung einer Therapie vor allen Dingen die Differentialdiagnose zwischen mechanischem und paralytischem Ileus zu stellen. Dieselbe ist häufig schwer, sieht man aber eine starke Peristaltik der Darmschlingen, so kann man sicher sein, dass es sich um ein mechanisches Hinderniss handelt und dann soll man operiren. Nur bei sicher diagnosticirtem paralytischem Ileus darf man Atropin versuchen.

Prof. Lenhartz (Hamburg) berührt die Differentialdiagnose gegenüber der Peritonitis und hält das Atropin für eine schätzenswerte Bereicherung des Arzneischatzes beim Ileus.

Dr. Gebele teilt aus der Klinik Prof. Angerer's (München) einen Fall von Obturationsileus mit, in dem das Atropin keine Wirkung hatte. Beim Strangulationsileus betrachtet er die Anwendung des Atropins als einen Kunstfehler. Er ist der Meinung, dass dort, wo Atropin angezeigt sein könnte, z. B. beim paralytischen Ileus, dasselbe vollständig durch das Morphin ersetzt werden könnte. Morphin stellt den Darm ebenso ruhig und wirkt nicht so giftig. Beim eigentlichen anatomisch-mechanischen Ileus kommt nur die Operation in Betracht, und da die Wahrscheinlichkeitsdiagnose in diesen Fällen nicht immer zu stellen ist, ist es sicherer und correcter, die Probelaparotomie zu machen, als die für die Operation günstige Zeit durch die Atropinbehandlung zu versäumen.

Auch Dr. Bofinger (Creglingen a. T.) warnt die Collegen auf dem Lande davor, eine für notwendig gehaltene Operation bei incarcerirter Hernie hinauszuschieben, um das jetzt so viel gepriesene Atropin noch vorher zu versuchen. Er hält die Atropinanwendung bei incarcerirter Hernie, ja auch nur bei Verdacht auf eine solche, nur dann für indicirt, wenn die Operation verweigert wird oder dieselbe aus andern Gründen durchaus contraindicirt ist.

Dr. Moritz (St. Petersburg) empfiehlt zur Behandlung des Ileus die Combination von Opium mit Belladonna. Er gibt nach Darreichung einer starken Opiumdose vierstündlich eine Pille, welche 0,25 g Extractum Belladonnae enthält,

Digitized by Google

bis Flatus abgehen; dies geschieht meist schon nach der sechsten Pille. In den meisten Fällen tritt dann auch bald eine Kotentleerung auf. Sobald dies geschehen, hört man mit Belladonna auf, da sonst Intoxicationserscheinungen sich zeigen. Die Belladonnabehandlung passt für alle Fälle von Darmsperre und schadet nie. Bisweilen führt sie allein zum Ziel, stets schafft sie Erleichterung und erhöht die Chancen einer späteren Operation.

Prof. Ebstein (Göttingen) macht darauf aufmerksam, dass man das Rectum, wofern es stark durch Kot ausgedehnt ist, auch von aussen, durch die Weichteile, palpiren kann. Man fühlt es dann linkerseits, in der Gesässspalte, als einen in der Regel reichlich daumendicken, bisweilen noch dickeren Wulst, welcher lateralwärts von der Steissbeinspitze oder noch etwas höher beginnend sich bis zum Anus erstreckt. Der Wulst fühlt sich gewöhnlich etwas höckerig an. Man kann diesen Wulst durch sanftes Streichen von hinten nach vorn zum Verschwinden bringen, wobei sich aus der Mastdarmöffnung Kot entleert, darauf fühlt man nichts mehr. Diesen Befund kann man nun nach Verfasser in zweifacher Weise therapeutisch verwerten, erstens um den untersten Dickdarmabschnitt von seinem stagnirenden Inhalt zu befreien, zweitens um durch Massage die austreibende Kraft des betreffenden Darmteils zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit aufzubessern. Um den ersten Zweck zu erreichen, streicht man den Mastdarmwulst an der betreffenden Stelle in der Richtung von hinten nach vorn; in der Regel erlernen die Patienten sehr bald, die Manipulation an sich selbst auf dem Closet vorzunehmen. Sind die Kotmassen zu hart, um auf die angegebene Weise exprimirt zu werden, so empfiehlt es sich, vorher 30—50 g Oel in den Mastdarm einzugiessen und dadurch die Kotmassen zu lockern, worauf die Expression leicht gelingt. Was nun die Massage des untersten Mastdarmabschnittes anlangt, so nimmt man sie am besten in der linken Seitenlage vor. Man streicht an der betreffenden Stelle mit eingefettetem Finger langsam und vorsichtig von hinten nach vorn, eventuell kann man kneten. Die zu massirende Stelle wird vorher gründlich gereinigt und der Anus mit einem Wattebausch bedeckt. Jede Sitzung dauert 2—3 Minuten. Auch die Patienten können leicht die Massage an sich selbst vornehmen. Für die electrische Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung dürfte diese Stelle in der Gesässspalte in den dafür geeigneten Fällen einen zweckmässigen Angriffspunkt abgeben.

Dr. Gumprecht (Weimar) empfiehlt eine Art „Dammschutz" zur Erleichterung der Defäcation bei Hämorrhoidoikern u. dgl. Wenn das Rectum mit der linken Hand vom Steissbeinweg in die Höhe gedrückt wird, tritt der Kot leichter aus.

Dr. Sonnenberger (Worms) nennt Milchintoxicationen eine Gruppe von schweren kindlichen Verdauungsstörungen, die durch rein chemische Gifte entstehen. Letztere finden sich in der Kuhmilch, in die sie mittels der Fütterung des Milchviehes gelangen. Das klinische Bild zeigt entsprechend der Wirkung des Pflanzengiftes acute Gastritis, Enteritis oder Gastroenteritis. Erbrechen, Diarrhoe und in hochgradigen Fällen die Wirkung auf das Herz (Collaps). Daneben erscheinen je nach Art des Giftes Pupillenenge und -Weite, Pulsbeschleunigung, Verlangsamung, Fieber, Anurie, Convulsionen u. s. w. Bei der Cholera nostras sind manche Erscheinungen auf Infectionsintoxicationen, manche und sehr häufig auf reine Intoxicationen vorwiegend durch pflanzliche Gifte zu beziehen. Natürlich wirken bei diesen schweren Verdauungskrankheiten im Säuglingsalter noch manche andere Factoren mit: Zersetzung befördernde Unreinlichkeit, Sommerhitze, Wohnungsverhältnisse. Aus diesen Ausführungen ergeben sich manche wichtige Folgerungen für Prophylaxe und Therapie. Ihr Hauptschwerpunkt liegt darin, dass Gifte und Giftproducenten von vorherein von der Milch fernzuhalten sind. Nicht erst, wenn sie bereits in der Milch sich befinden, sollen sie unschädlich gemacht werden. Auch bei der künstlichen Säuglingsernährung ist Asepsis das Ideal. Eine nachträgliche Vernichtung der Alkaloide und anderer Gifte in der Milch durch Erhitzen, Sterilisiren etc. ist



Digitized by Google

meist nicht möglich. Eine grosse Anzahl ist äusserst widerstandsfähig gegen hohe Hitzegrade und sonstige äussere, Bakterien abtödtende Einflüsse. Bei der Erzeugung von Kindermilch sind ganz bestimmte Normen für die Viehfütterung aufzustellen, verschieden nach der Gegend. Grünfütterung ist dort, wo Wiesen, Weiden etc. immer mit Unkräutern bewachsen werden, durchaus zu verwerfen. Bei gutem gleichmässigen Wiesenwuchs (Schweizer Matten etc.) kann sie gestattet werden. Auch nicht jedes Futter ist giftfrei, z. B. mit Unkrautsamen durchsetzte Kleie, Rübenschnitzel, Schlempe, Press- und Oelkuchen. Sie sind unbedingt zu verwerfen. Sehr gefährlich ist die Verfütterung gekeimter (Solanin) Kartoffel, von verregnetem, faulendem Grünfutter oder Heu. Dem Ideal der Fütterung zum Zweck der Kindermilchproduction, der Fernhaltung aller Gifte und ihrer Producenten aus der Milch dienen unkrautsamenfreie Kleie, Getreideschrot, gutes Gebirgs- und Wiesenheu. Die Therapie der chemischen Milchintoxicationen bezweckt die Entfernung des eingedrungenen Giftes durch Magen- und Darmspülungen. Calomel wird als Darmdesinficiens gegeben, Tannin und tanninhaltige Präparate zur Bindung des Giftes.

Dr. Schmid-Monnard (Halle) gibt Bericht über die Therapie der Sommerdiarrhöen kleiner Kinder, die er in 80 Fällen anwandte. Die Behandlung begann meist mit der Darreichung eines Abführmittels; fast stets wurde Ricinusöl gereicht, welches selbst von zweimonatlichen Kindern in der Dosis eines halben Theelöffels gut vertragen wurde. Da, wo diese Medication nicht genügte, um auch den fauligen Geruch des Stuhlgangs zu beseitigen, wurde eine einzige Dosis Calomel 0,015—0,03 gereicht, die sich besser bewährt, als die mehrfach verabreichten kleineren Dosen. Vor allem aber wurde zuerst Bettruhe, warmer Leibumschlag und Diät verordnet. Am ersten Tag nur Roggenmehlsuppe mit Salz und Zucker, und sobald das Abführmittel gewirkt hatte, auch Butter. Ohne Zucker werden die Suppen nicht gern genommen, und die geringe Zuckerbeimengung schadet nicht. Bei Kindern unter ½ Jahr und solchen, die sehr angegriffen aussahen, wurden halbstündlich 3 Tropfen Liq. ammon. anis. mit Spirit. aether. gegeben. Zwischen den Mahlzeiten sollte viel Thee oder kaltes Wasser zu trinken angeboten werden; als Stopfmittel, wo es nötig war, diente ein 8%iges Decoct. ligni Campechiani, zweimal täglich einen Kinderlöffel voll, mit Nachtrinkenlassen von Wasser, um das Kratzen im Halse zu vermeiden. Bei längerem Bestande vom ca. dritten Tage ab reichlichere Ernährung mit einer Suppe von Hartenstein's Leguminose Nr. 3, 1½ Esslöffel mit kaltem Wasser angerührt, in ein Liter heisses Wasser gequirlt und dann eine gute Stunde kochen lassen; dazu Salz, Zucker und Butter, fünf Mahlzeiten am Tage. Damit lassen sich die Kinder acht Tage lang über Wasser halten. Allmählich wird die Zahl der Stuhlgänge seltener; sind sie auch gleichfarbig geworden und lehmartig gebunden, dann ist der Zeitpunkt da, Milch einzufügen. Wartet man länger, dann zerfährt der Mehlstuhl wieder zu einer dünnen glasigbraunen Masse. Milch, sobald sie vertragen wird, gibt man erst versuchsweise in kleinen Mengen, im Verhältniss von ¼ der Gesammtflasche, zunächst nur in zwei von den Flaschen, dann langsam steigend mehr, wenn der Stuhl des nächsten Tages gut verdaut erscheint, gebunden, nicht riechend und ohne Gasblasen ist. Nach einigen weiteren Tagen bei grösseren Kindern abgeschöpfte Hammelbrühe, zunächst 2 Strich = 40 g in zwei von den Flaschen, später Nudeln, Reis, Kartoffelmus. Ausserdem schien hier und da bekömmlich bei über ½ Jahr alten Kindern Heidelbeersaft, Eichelcacao, Glühwein. Bei zweifelhaftem Stuhl, wenn befürchtet werden musste, dass Milch noch nicht vertragen wurde, aber doch eine gehaltvollere Nahrung am Platze schien, wurde zu Biedert's Rahmgemenge gegriffen, einfachem oder solchem mit 5 % Milchsomatose. Dies war fast bei allen Fällen die Art der Behandlung, doch musste hier und da zu andern Hilfsmitteln gegriffen werden. Bei nicht enden wollenden Catarrhen mit häufigen, wässerigen Ausleerungen wurden lauwarme Spülungen von ¾ Wasser, ¼ Rotwein und einer Kaffeelöffelspitze Gerbsäurepulver von

Digitized by Google

insgesammt etwa 200 ccm Gesammtmenge gut vertragen und führten meist nach 5—6 Tagen zum Ziel. Kalte Spülungen bekamen hier nicht, von gutem Erfolge dagegen waren sie bei profusen Blutungen. Bei den Dickdarmcatarrhen mit Schleimausleerungen und Blut bewährten sich kleine Bleibeklystiere von circa 4 ccm kalten Wassers mit einer Messerspitze Gerbsäurepulver früh und abends ca. 6—7 Tage lang. Bei Beteiligung des Magens wurde zu 1‰iger Höllensteinlösung theelöffelweise per os, in hartnäckigeren Fällen zu ein- oder mehrmaliger Lausalzwasserspülung des Magens gegriffen, meist mit länger anhaltendem Erfolg. Wichtig bei der Behandlung ist die Frage, wie lange man die Milch entbehren kann. Bei kleineren Kindern, in den drei ersten Lebensmonaten ist dies kaum länger als 2—3 Tage angängig. In frischen Fällen wird sie zuweilen bereits nach 1—3 Tagen von den kleinen Patienten vertragen. Ueber die Bekömmlichkeit der anderen Nahrungsmittel ist zu bemerken, dass in der Mehrzahl der Fälle früher als Milch, bereits am 4.—7. Tage, das Biedert'sche Milchsomatose-Rahmgemenge vertragen wurde. Nichtvertragen und gebrochen wurde Eichelcacao von Kindern unter ½ Jahr, ebenso Glühwein. Mit Fleischbrühe gab es bei einigen Kindern Rückfälle, nach Rindfleischthee Fieber bei einem schon ¾jährigen. Biedert's Rahmgemenge, das sonst vorzügliche Dienste leistete, führte in drei Fällen zu Fettdiarrhoe und wurde hier zweckmässig durch Nestle und später durch Magermilch ersetzt.

Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) wendet Physostigmin in der Dosis von 0,0005 bis 0,00075 (manchmal auch nur 0,00025) drei- bis viermal täglich, am Besten in Pulverform mit Milchzucker gegen Meteorismus und sonstige Erschlaffung des Darmes an und hat bei Typhus, nach Laparotomie etc. sehr gute Erfolge damit erzielt. Etwa zufällig auftretende heftige Nebenwirkungen werden durch Atropin bekämpft.

Brechdurchfälle Erwachsener bekämpft Dr. Witthauer (Eisenach) mit Hilfe der alten Potio Riveri unter gleichzeitigem Zusatz von etwas Opium. Er verordnet:

Rp. Potio Riveri 120,0
Tct. thebaic. 2,5—3,0
Syrup. Papav. alb. 25,0

MDS. 1—2stündlich 1 Esslöffel voll zu nehmen.

Nach Einnahme des 3.—4. Esslöffels pflegt das so überaus lästige und angreifende Erbrechen aufzuhören.

Ueber Dünndarmresorption von Dr. Cohnheim (Zeitschr. f. Biol. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft). — Der gegenwärtige Zustand der Lehre von der Verdauung und Resorption der Fette und eine Verurteilung der hiermit verknüpften physiologischen Vivisectionen am Menschen von Prof. Pflüger (Arch f. d. ges. Physiol. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 3. Heft). — Ueber die diarrhoische und opstipatorische Albuminurie von Prof. Stiller (Wiener med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Ueber die intestinale Gährungadyspepsie der Erwachsenen von Prof. Schmidt und Dr. Strasburger (Deutsch. Arch. f. klin. Med. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 19). — Ueber Steatorrhoe von Prof. Pfibram (Prager med. Wochenschr. Nr. 36 u. 37). — Affection des Dickdarms, bedingt durch Balantidien von Prof. Ssaweljew (Centralbl. für Verd.- u. Stoffw.-Kr. Nr. 16). — Ueber Sitophobie intestinalen Ursprunges von Prof. Einhorn (Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 3. Heft). — Ueber die sogenannte Enteritis membranacea von Dr. Westphalen (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 16). — Ueber Oeleinläufe von Dr. Wyss-Flury (Corresp.-Bl. Schw. Aerzte. — Wiener klin. Wochenschrift Nr. 8). — Ueber einen Apparat für Oeleingiessungen in den Darm und Indicationen für Oeltherapie von Dr. Pusinelli (Med. Woche Nr. 45). — Zur Behandlung des Ileus mittels Atropin von Dr. Stille (Memarab. 9. Heft). — Zur Atropinbehandlung des Ileus von Dr. Simon (Münchener med. Wochenschr. Nr. 12). — Zur Atropinbehandlung des Ileus von Dr. Polack (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17). — Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus durch Atropin behoben von Dr. Hämig (Münchener med. Wochenschr. Nr. 23). — Ileus geheilt durch Atropin von Dr. Kreitner (Centralbl. f. d. ges. Ther. 7. Heft). — Ein schwerer Obturationsileus durch Atropin und Oleum olivarum behoben von Dr. Adam (Münchener med. Wochenschr. Nr. 17). — Zur Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten von Dr. Gähtgens (Ebendaselbst). — Dr. Rumpel, Dr. Kümmell und Prof. Lenhartz über Atropinbehandlung des Ileus im ärztlichen Vereine zu Hamburg (Ther. Monatsh. 6. Heft). — Zur Atropinbehandlung des Ileus von Dr. Gebele (Münchener med. Wochenschr. Nr. 33). — Zur Atropinbehandlung bei Ileus von Dr. Bofinger (Münchener med. Wochenschr. Nr. 17). — Belladonnabehandlung bei Darmsperre von Dr. Moritz (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 5). — Die Untersuchung des Mastdarms von aussen und deren therapeutische Verwendung von Prof. Ebstein (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30). — Dr. Gumprecht über einen Handgriff und Mastdarmbehandlung auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Wiener med. Blätter Nr. 45). — Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der acuten Verdauungsstörungen im Säuglings-

Digitized by Google

alter, insbesondere der Cholera nostras von Dr. Sonnenberger (Therap. Monatsh. — Oest.-ung. Centralblatt Nr. 13). — Bericht über 80 Darmcatarrhe im Monat August von Dr. Schmid-Monnard (Ther. Monatsh. — Medico Nr. 25). — Das Physostigmin gegen Erschlaffung des Darmes von Prof. v. Noorden (Berliner klinische Wochenschr. Nr. 42). — Ueber Brechdurchfälle Erwachsener von Dr. Witthauer (Medico Nr. 28).

**Dermosapol.** Dermosapol ist, wie Dr. Rhoden mitteilt, eine überfettete Seifenmasse, die als Basis für in die Haut einzureibende Medicamente dient. Autor hat festgestellt, dass die durch Inunctionscur oder durch Occlusivverbände applicirten Medicamente der Dermasapolpräparate wirklich in die Gewebe des Organismus eintreten. Die Wirkung der Präparate, die eine langsamere, aber viel nachhaltigere ist, als bei Verabfolgung per os, war eine besonders auffallend günstige bei den tuberculösen und scrophulösen Affectionen. Hier wurden vorzugsweise die Verbindungen des Dermosapols mit Perubalsam und Leberthran benützt, und zwar mit dem besten Einfluss für den Verlauf der Fälle. Das Verfahren der Einverleibung durch die Haut ist ein sehr einfaches und ähnelt dem der Inunctionscur bei Lues. Gerade die Dauer der Application, welche monatelang erfolgen kann, ist sehr wichtig. Die Haut wird bei der Dermosapolbehandlung nicht gereizt und schilfert nicht ab. Die Inunction beträgt 4 g pro dosi, und ist hauptsächlich der Rücken, die Brust und das Abdomen einzureiben. Sowohl die Nebenerscheinungen des Lungenleidens wie auch die Krankheit selbst zeigten in den vom Verfasser behandelten Fällen stets eine erfreuliche und seltene Besserung. Auch bei Kranken mit scrophulösen Drüsen und Hautaffectionen, wie Eczem, Favus, Psoriasis, die mit Dermosapolpräparaten behandelt wurden, trat stets bedeutende Besserung resp. Heilung ein. Da das Dermasapol auch in Form von Vaginalglobulis, Urethralstäbchen und Uterusstäbchen in Verbindung mit Jodkali, Ichthyol etc. in der Therapie zur Einführung gelangte, so wurde dasselbe auf seine Wirksamkeit bei Fluor albus, bei Cervicalcatarrhen, bei chronischer Gonorrhoe etc. auch schon von mehreren Gynäkologen und Urologen geprüft, die sich alle über die damit erzielten Erfolge nur günstig aussprechen.

Die Dermosapolpräparate und die dermatische Therapie der Tuberculose und Scrophulose von Dr. Rhoden (Deutsche med. Wochenschr. — Med. Neuigkeit. Nr. 10).

**Deutsche Klinik.** Eine neue Epoche schuf ein epochales Werk. Unter der Aegide Prof. v. Leyden's (Berlin) entstand die von den ersten Vertretern der deutschen Medicin in akademischen Vorlesungen dargestellte „Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts", zu welcher v. Leyden eine der Form und dem Inhalte nach vollendete Einleitung bietet. Die „Deutsche Klinik", herausgegeben von v. Leyden und Dr. F. Klemperer ist ein monumentaler Bau, er steht auf eigenem Grund und Boden, er bezeugt, welchen hervorragenden Anteil die deutsche Wissenschaft an dem Fortschritte der Medicin genommen hat und soll zugleich die Wege zeigen, welche die Forschung auch in der Zukunft zu wandeln hat. Die Wissenschaft ist und bleibt die unverrückbare Basis der ärztlichen Kunst. „Ein schlechter Arzt, der nicht gleichzeitig Gelehrter und Forscher ist!" Diese sehr zu beherzigenden Worte v. Leyden's mögen zugleich als Empfehlung für das Buch dienen, dessen Studium den selbst in der harten Arbeit stehenden Praktiker dem wissenschaftlichen Fortschritte erhalten wird.

„Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts" herausgegeben von Prof. v. Leyden und Dr. Klemperer. Wien, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

**Diabetes mellitus.** Die Versuche von Dr. Hartogh und Dr. Schumm (Hamburg) liefern weitere Beweise für die Lehre, dass beim Diabetes unter Umständen auch das Fett zur Zuckerbildung herangezogen werden kann. Sie vergifteten mehrere Hunde, die fast ausschliesslich mit Fett ernährt wurden, mit Phlorhizin und bestimmten im Harn Stickstoff- und Zuckergehalt. Das Verhältniss von Harn-N: Harnzucker war durchschnittlich = 1 : 5, stieg aber in einzelnen Perioden auf 1 : 9, ja sogar 1 : 13

Digitized by Google

Derartig grosse Zuckermengen lassen sich nicht durch eine Abspaltung aus Eiweiss erklären, selbst wenn die ganze im Eiweismolekül steckende Kohlenstoffmenge nach Abzug des Harnstoff-C in Zucker umgewandelt worden wäre. Es muss also auch Fett in Zucker übergeführt worden sein, da Glykogen nach der Versuchsanordnung als Zuckerquelle nicht in Betracht kommt.

Die Arteriosclerose des Pankreas hat, wie Prof. Hoppe-Seyler (Kiel) auseinandersetzt, Diabetes zur Folge. Die Autopsie ergibt einen der arteriosclerotischen Schrumpfniere ähnlichen Befund. Deren klinischem Bilde entspricht auch der Verlauf des arteriosclerotischen Pankreasdiabetes. Wie bei jener zur Urämie, so steigern sich allmählich die Erscheinungen bis zum Coma diabeticum. Der Beginn ist mit leichter Glykosurie. Aber allmählich verringert sich die Kohlehydrattoleranz. Die Abstinenzerscheinungen nach Entziehung der Kohlehydrate (Diarrhoe und dergl.) machen eine strenge Diätcur unmöglich. Zuweilen treten plötzliche Verschlimmerungen ein und Coma im Anschluss an intercurrente Erkrankungen. Therapie: Diät und Jod.

Prof. Naunyn (Strassburg) bezeichnet als diabetische Acidosis die Bildung der $\beta$-Oxybuttersäure im Organismus, die gewöhnlich begleitet ist vom Auftreten ihrer Derivate, der Acetessigsäure und des Acetons. Er hebt nachdrücklich hervor, dass Aceton und Acetessigsäure nur da im Urin gefunden werden, wo auch Oxybuttersäure ausgeschieden wird. Diese leicht oxydirbaren Substanzen werden deshalb oft massenhaft eliminirt, weil die Oxydationskraft des Organismus in solchen Fällen schwer darniederliegt. Dieses Darniederliegen der Oxydationskraft kommt, ebenso wie die vermehrte Eiweisszersetzung der diabetischen Stoffwechselstörung nicht primär zu, sondern tritt ein, weil die Oxydation des Zuckers ausfällt. Diese fällt nicht deshalb aus, weil die Oxydationskraft vermindert ist, sondern umgekehrt: Dadurch, dass aus anderen Gründen der Zucker nicht zur Oxydation kommt, wird die Oxydationskraft vermindert. Der Zucker verbrennt am leichtesten und an dem Feuer, das auf seine Kosten entflammt, kommen auch andere weniger leicht oxydirbare Substanzen zur Verbrennung, ein von den Physiologen als secundäre Oxydation bezeichneter Vorgang. Wenn also der Zucker in Folge Herabsinkens des Zuckerstoffwechsels im Organismus (Diabetes) oder aber in Folge Kohlehydratentziehung (Fleischfettnahrung) nicht zur Verbrennung kommen kann, so leiden die gesammten Oxydationsvorgänge im Körper, und tritt also ein Missverhältniss ein zwischen den im Stoffwechsel zur Oxydation fertig gestellten Producten und der Oxydationskraft. „Bei diesen Kranken besteht ein im Verhältniss zu ihrer Oxydationskraft zu reichlicher Stoffzerfall." Deshalb kann auch zweckmässige Ernährung die Acidosis oft wieder zum Verschwinden bringen. Die Hauptschwierigkeit in der strengen diätetischen Behandlung liegt in der Gefahr der Acidosis, die eventuell zum Coma führen kann. Naunyn gibt deshalb in solchen Fällen immer so viel Natronbicarbonat, dass der Urin leicht alkalisch wird, unter Umständen 50 g und mehr in 24 Stunden, in Fällen beginnenden Comas kann die Dosis sogar 100 g noch übersteigen. Ueberdies muss man die Diätbeschränkung aufheben und eventuell die Milch als Kohlehydratnahrung zu Hilfe nehmen.

Die Behandlung der leichten Formen von Glykosurie hat nach Dr. Hirschfeld (Berlin) folgende Grundsätze zu berücksichtigen. Zunächst ist eine gesteigerte Muskelthätigkeit anzustreben, weshalb Spazierengehen, Radfahren, Rudern, Turnen oder Zimmergymnastik je nach der Individualität des Falles zu empfehlen sind. Da die leichten Formen der Zuckerkrankheit in den wohlhabenden Klassen besonders häufig sind, wird ausser der geringeren Muskelthätigkeit hierbei die stärkere geistige Thätigkeit und die Eigenart der Diät für gewöhnlich verantwortlich gemacht. Längere Ferienreisen, die zweckmässigerweise dann zu Gebirgswanderungen benützt werden, sind in solchen Fällen zu verordnen. Bei der Behandlung sind weiter die Sonderheiten der Ernährung der wohlhabenden Kreise zu berücksichtigen: Der reichliche Zuckergehalt, die leichtere Verdaulichkeit oder vielmehr die bessere Resorptionsfähigkeit

Digitized by Google

und schliesslich der allzuhohe Nährwert. Die Einleitung einer Entfettungscur, d. i. einer eigentlicheu Unterernährung, wird man wohl nur dann vorschlagen, wenn der Fettansatz entschieden zu reichlich ist. Durch die Empfehlung der sportlichen Uebungen, der Reisen und Fusswanderungen in Gebirgsgegenden wird oft auch ein Gewichtsverlust erreicht, wofern nicht die gesteigerte Esslust auch mit der Vermehrung des Stoffumsatzes durch überreichliche Nahrungszufuhr gleichen Schritt hält. Bewährt hat sich meist der Rat, mit der Waage etwa allmonatlich zu prüfen, dass keine Gewichtszunahme erfolgt. Ein Verbot oder wenigstens eine starke Einschränkung eines vielleicht gepflegten reichlichen Biergenusses wird selbstverständlich notwendig werden. Den Hauptwert muss man darauf legen, dass möglichst wenig Zucker genossen wird. Getränke wie Kaffee oder Thee müssen ohne Zucker getrunken werden, unter Umständen kann die Versüssung durch Sacharin oder Krystallose stattfinden. Ebenso müssen süsse Speisen, Kuchen, Chokolade von der Tafel verschwinden. Selbstverständlich wird man nur Wert darauf legen, dass der gewohnheitsgemässe Verbrauch fortfällt. Hier und da können diese Speisen genossen werden. Durch Verordnung der grünen Gemüse und der Rüben kann eine möglichst schlackenreiche Diät zusammengestellt werden. Spinat, Blumenkohl, Wirsingkohl, Kohlrüben, grüne Bohnen, grüne Erbsen wären in erster Linie zu empfehlen, und zwar in viel grösserer Menge, als sie sonst in wohlhabenden Kreisen üblich sind. Ist die Magenverdauung ungestört, so können auch die anderen Kohlarten und die getrockneten Hülsenfrüchte auf den Tisch kommen. Wenig geeignet ist dagegen der Reis, sowie auch die aus Weizenmehl hergestellten Gerichte wie Maccaroni. Die Kartoffeln werden verhältnissmässig gut ausgenützt, nur wenn sie in grossen Stücken schlecht zerkaut in den Magen kommen, ist die Resorption schlechter. Ebenso sind alle Salatarten, rote Rüben, Gurken, Sellerie, Rhabarber u. s. w. zu empfehlen und namentlich geeignet, die süssen Compots zu verdrängen. Die Obstarten roh rät Autor zu gestatten. Anstatt des Weizenbrotes wird man vorzugsweise das kleienreichere Roggenbrot verordnen. Bei guter Magenverdauung können auch die reichlich kleienhaltigen Roggenbrote, wie der Pumpernickel, Verwendung finden, anderenfalls bildet das mit einem Zusatz von Weizenkleie hergestellte Graham-Weizenbrot einen geeigneten Ersatz. Wichtig ist jedenfalls, dass die Fleischnahrung nicht zu steigern ist, gerade diese Massregel, die bei dem Diabetiker in Folge der Beschränkung auf vorzüglich animale Nahrungsmittel sich meistens von selbst ergibt, kann hier unterbleiben. Häufig handelt es sich hierbei auch um gichtisch veranlagte Personen. Ebenso können Käse, Eier und Milch in dem vorher üblichen Maass weiter genossen werden. Der Fettgenuss ist in jeder Form zwar erlaubt und auch gegen die Norm gesteigert, da zum Ausgleich des Defizits an Kohlehydraten etwas mehr Eiweiss und Fette genossen werden müssen. Indessen wird man doch raten, nicht zu viel Fett bei den einzelnen Speisen zu geniessen, damit nicht unerwünschter Weise hierdurch die Ueberernährung gefördert werde.

Dr. Blumenthal (Berlin) liefert einen kritischen Ueberblick über die Pathologie und Therapie des Diabetes. Im Gegensatz zu anderen Autoren glaubt er den Standpunkt einnehmen zu müssen, dass der Diabetes nicht aus einheitlicher Ursache entsteht. Bezüglich der Therapie ist Autor der Ansicht, dass man in sehr vielen Fällen Obst gestatten darf, ohne dadurch wesentlich die Zuckermenge im Harn zu vermehren. Eine grosse Bedeutung hat neuerdings die Milch für die Ernährung des Diabetikers gewonnen. Nach Verfassers Ansicht soll man in jedem Fall von schwerem Diabetes die Milchcur versuchen; indem man mit einem Liter pro Tag beginnt. Autor sah nicht selten, dass drei Liter und mehr in sehr schweren Fällen genommen wurden und wenn auch manchmal die Zuckerausscheidung danach stieg, so besserte sich doch das Allgemeinbefinden ganz erheblich. Zur Süssung der Speisen wird, um den Rohrzucker zu vermeiden, Sacharin, Dulcin und Krystallose oder Zuckerin verordnet. Alles was über die schädigende Wirkung des Sacharins gesagt ist, ist

Digitized by Google

nach Autor wohl übertrieben. Sehr sorgfältig ist die Krystallose dargestellt. 1—2 Tropfen von letzterer, die in Tropfflaschen in den Handel kommt, genügt, um eine Tasse Kaffee oder Cacao zu süssen. Da neuerdings in zahlreichen Eiweisskörpern Kohlehydratgruppen entdeckt wurden, ist auch dieser Punkt bei der Ernährung der Diabetiker zu berücksichtigen. Sanatogen und Nutrose sind dem Plasmon vorzuziehen, da letzteres 2—3% Milchzucker enthält. Somatose wirkte in einigen Fällen stark abführend. Glutosen, ein Leimpräparat, dürfte besonders neben den Caseinpräparaten zu empfehlen sein. Fett wird bei Diabetes vorzugsweise gegeben in Form von Butter oder Speck. Die medicamentöse Behandlung hat in neuerer Zeit keine Fortschritte gemacht. Die neuesten Mittel (Pilulae Myrtilli Jasper, das Djoeat, das Antimellin, das Glycosolvol) sind nach Autor völlig wertlos. Intravenöse Injectionen von 1—2% Sodalösung können vorübergehend das Coma beseitigen, aber meistens verschwindet schon nach einem Tage wieder der Erfolg.

Nach Dr. Strasser (Wien) darf die Periode der absoluten Milchdiät bei Diabetes die Dauer von drei Tagen nicht übersteigen. Bei einem sehr schweren Fall von Diabetes in jugendlichem Alter, der bei strenger Fleischkost stets mehr Zucker und auch Aceton ausschied, hatte eine Milchcur stets günstigen Erfolg. Als der Patient unter dem Gebrauch von Syzygium Jambulanum von 8 auf 4% Zucker gekommen war, eine weitere Herabsetzung des Zuckers aber nicht erreicht wurde, machte Patient wieder den Versuch mit einer Milchcur; nach dem ersten Milchtage fiel der Zucker auf 1,2%, nach dem zweiten Milchtage auf Spuren, vom dritten Tage an blieb der Kranke zuckerfrei bis zur Veröffentlichung des Falles (siebenmonatliches Intervall). Nach der dreitägigen absoluten Milchcur wurde zuerst eine einzige Fleischmahlzeit eingeschoben, dann nach Ablauf einer Woche zu einer mässig strengen antidiabetischen Diät, wie sie allgemein üblich ist, übergegangen; dabei blieb der Patient zuckerfrei und nahm ziemlich bedeutend zu.

Unter den Medicamenten, die gegen Diabetes angewendet werden, stellt Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) das Opium und seine Derivate an die Spitze. Er bedient sich desselben in Fällen, wo strenge Kost den Harn nicht ganz zuckerfrei machte und wo es ihm doch aus irgend welchen Gründen (z. B. bei Neuroretinitis) darauf ankommt, die letzten Spuren von Zucker — wenigstens vorübergehend — zu vertreiben. Im Uebrigen aber warnt Autor vor dem Gebrauche des Opiums als dauernder oder auch nur auf längere Zeit berechneter Medication. Mit kleinen Dosen (0,25 bis 0,4 Extr. Opii täglich) erreicht man nichts Brauchbares, mit grossen Dosen kann man zwar den Zucker energisch herabdrücken, man schadet aber dem Gesammtorganismus. Nach dem Opium kommt vor allem das Karlsbader Wasser in Betracht. Zahlreiche Zuckerkranke ziehen aus einer Karlsbader Cur — in ihrer Gesammtheit — erhebliche Vorteile und bei vielen von ihnen wird auch die Toleranz für Kohlenhydrate — wenigstens vorübergehend — gehoben. In einem gewissen Widerspruch hiermit stehen ältere und neuere klinische Experimente, wonach das Karlsbader Wasser, zu Hause getrunken, gar keinen Einfluss auf die Glykosurie haben soll. Glax führt den Misserfolg der klinischen Versuche darauf zurück, dass man das Karlsbader Wasser zu Hause nicht heiss genug trinken lasse und beruft sich auf eine Beobachtung, dass man schon durch das methodische Trinken von gewöhnlichem, sehr heissem Wasser (56—60° C.) die Glykosurie vermindern könne. Aus dem reichlichen Genusse sehr heissen Getränkes lässt sich wahrscheinlich auch der manchmal erzielte Erfolg verschiedener Thees erklären, z. B. des Bohnenthees, des Leinsamenthees, des Heidelbeerblätterthees. Zumeist beruht freilich der Ruhm solcher in Laienkreisen beliebter Mittel auf falschen Untersuchungsmethoden; z. B. darauf, dass nur die Procentwerte Beachtung finden, die natürlich wegen der starken Verdünnung des Harns absinken. Mehrfach prüfte Autor das Sublimat. Der Erfolg war gering und vorübergehend.

Dr. Teschemacher (Neuenahr) empfiehlt nach Ebstein die Darreichung von Salol viermal täglich 1 g bei Dia-

Digitized by Google

betes. Von acht auf diese Weise vom Verfasser behandelten Fällen, die nicht zu den leichtesten gehörten, versagte diese Medication bei dreien vollständig, während die übrigen fünf dagegen auffallend günstig beeinflusst wurden, indem der Zucker dadurch sofort vollständig oder bis auf Spuren verschwand. Wie lange diese Wirkung angehalten, kann Verfasser nicht angeben.

Dr. Schwarz wandte an der Klinik von Prof. Pribram (Prag) bei Coma diabeticum 50—70 g gluconsaures Natron an, womit es ihm angeblich gelang, zwei typische Fälle zu coupiren. Zwischen den Anfällen wurde 20—30 g Natrium bicarb. pro die gegeben.

Dr. Camerer jun. (Stuttgart) untersuchte einige Diabetikerbrote und kam zu dem Resultate, dass keines der analysirten Gebäcke auch nur annähernd die Bedingungen erfülle, welche man an ein zweckmässiges Diabetikerbrot stellen muss, indem ihr Kohlehydratgehalt, abgesehen von dem weissen Diabetikerbrot Rademann und dem Privatdiabetikerbrot nicht unter 40 % heruntergeht, und sich also nicht wesentlich von dem des Grahambrots oder Pumpernickels mit etwa 45 % unterscheidet. Will man sich überhaupt eines Brotpräparates bedienen, so lässt sich dies nach Autor am besten und billigsten zu Hause darstellen, indem Schwarzbrotteig vielfach unter Wasserzusatz ausgeknetet und Fett und Hefe, eventuell auch Aleuronat, Tropon oder Plasman zugesetzt wird. Bei Verwendung von 1 kg Mehl darf die Ausbeute an fertigem Gebäck, falls nicht eine grössere Menge eines Eiweisspräparates zugesetzt ist, nicht mehr als 250 g betragen. Man erhält dann Präparate von etwa 25 % Kohlehydratgehalt, die freilich auch nicht viel Aehnlichkeit mit Brot haben, doch frisch bereitet von Manchen gerne genommen werden.

Die Anwendung des Aleuronats in der Diätetik des Zuckerkranken und Fettleibigen illustrirt das bereits in vierter Auflage erschienene Büchlein der Frau F. v. Winckler, der Verfasserin der „365 Speisezettel für Zuckerkranke". Dasselbe bietet eine eingehende und sorgfältige Anleitung und ist für die Praxis gut verwendbar.

Wegen der schlechten Resultate, die die blosse Anwendung antiseptischer Verbände bei der spontanen Gangrän der Diabetiker ergibt, betrachten Dr. Demons und Dr. Bégonin die frühzeitige hohe Amputation als das einzige Mittel, um die Kranken zu retten.

Nach Dr. Reynier hängt der Erfolg der Operation von der Art der vorliegenden Gangrän ab. Die beste Aussicht gewährt die atheromatöse Gangrän der Diabetiker. Bei der diabetischen Gangrän im eigentlichen Sinne handelt es sich dagegen um trophische Störungen, gegen die wir machtlos sind. Von grosser prognostischer Bedeutung ist das Verhalten der Reflexe. Sind sie in normaler Weise vorhanden, so ist das ein Zeichen, dass das Nervensystem und damit die Ernährung der Gewebe noch nicht zu stark gelitten haben, ein operativer Eingriff also gute Aussichten bietet.

Zur Frage der Zuckerbildung aus Fett von DDr. Hartogh und Schumm (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 1). — Prof. Hoppe-Seyler über arteriosclerotischen Diabetes auf der deutschen Naturforscherversammlung (Münchener med. Wochenschrift Nr. 42). — Der Diabetes mellitus von Prof. Naunyn in Prof. v. Leyden's und Dr. Klemperer's „Deutsche Klinik". Wien, Verlag von Urban & Schwarzenberg. — Die Behandlung der leichten Formen von Glykosurie von Dr. Hirschfeld (Ther. d. Gegenw. 5. Heft). — Ueber Diabetes mellitus und seine Behandlung von Dr. Blumenthal (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 7. Heft). — Zur Frage der Milchcuren bei Diabetes von Dr. Strasser (Bl. f. klin. Hydroth. — Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47). — Ueber die Arzneibehandlung des Diabetes mellitus von Prof. v. Noorden (Deutsche Praxis Nr. 1). — Ueber Salol bei Diabetes mellitus von Dr. Teschemacher (Ther. Monatsh. Nr. 1). — Zur Behandlung des Coma diabeticum von Dr. Schwarz (Prager med. Wochenschr. Nr. 30 u. 31). — Untersuchungen über Diabetikerbrote von Dr. Camerer jun. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 3. Heft). — Kochbuch für Zuckerkranke und Fettleibige von F. v. Winckler. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. — DDr. Demons, Bégonin und Reynier über frühzeitige hohe Amputation bei spontaner diabetischer Gangrän der Extremitäten in der Société de Chirurgie (Presse méd. — Ther. Monatsh. 11. Heft).

**Dialysatum secalis cornuti Gelar.** Dr. Niebergall empfiehlt dieses neue Er-

Digitized by Google

satzmittel des Extractum secalis cornuti, das er sowohl in subcutaner, wie in interner Anwendung in 20 geburtshilflichen und 18 gynäkologischen Fällen geprüft hat. Der Erfolg war in allen Fällen gut oder zum mindesten sehr befriedigend. Die Vorteile des Mittels bestehen vor Allem darin, dass es sich, weil dünner, wässeriger, viel leichter injiciren lässt, dass es jedenfalls aus demselben Grunde rascher resorbirt wird und daher schneller wirkt, dass die subcutane Application völlig schmerzfrei ist. Symptome von Ergotismus sind trotz wochenlangen Gebrauchs nicht beobachtet worden.

Ueber die Anwendung des Dialysatum secalis cornuti Gelar von Dr. Niebergall (Centralbl. für Gynäk. Nr. 19).

**Dionin.** Dr. Gottschalk (Berlin) lobt das Dionin als angenehmes Narcoticum bei Keuchhusten und überhaupt bei Reizhusten der Kinder. Es hat keine unangenehmen Nebenwirkungen und setzt nicht die Erregbarkeit des Athemcentrums, wie z. B. das Morphin, herab. Folgende Dosirung empfiehlt sich: Bei Kindern am Ende des ersten Lebensjahres ½ mg pro dosi, also Dionin 0,01:100,0, dreistündlich ein Theelöffel, im zweiten Jahre 1 mg pro dosi (0,02:100), im dritten und vierten Jahre 0,03—0,04:100, im fünften bis achten Jahre 5 mg (0,1:200).

Aspirin und Dionin bei Kinderkrankheiten von Dr. Gottschalk (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30).

**Diphtheritis und Croup.** Zur Prophylaxe der Diphtherie stellt Dr. Gabritschewsky (Moskau) folgende Thesen auf: 1. Die bakteriologische Untersuchung des Schleimes aus der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle soll nicht nur behufs diagnostischer Zwecke an Erkrankten, sondern auch aus prophylaktischen Gründen an von Diphtherie Genesenden, sowie an Gesunden, die in Diphtherieherden sich aufhalten und einer Infection durch dieselben ausgesetzt gewesen sein konnten, angestellt werden. 2. Inficirte Individuen unterliegen unabhängig von ihrem vollständigen Wohlsein denselben prophylaktischen Massnahmen (Isolirung und Desinfection) wie Diphtheriekranke. Wo ein vollständiges Isoliren unmöglich, müssen diejenigen Massnahmen, welche wenigstens das Weiterverbreiten der Infection (besonderes Geschirr, systematisches und ungefährliches Vernichten der Excrete aus Nase und Mund, Desinfection der Schleimhäute u. s. w.) beschränken, angewendet werden. 3. Diphtheriekranke dürfen nach erfolgter Genesung aus den Hospitälern nicht vor Schwund der Diphtheriebacillen aus den Schleimhäuten entlassen werden. Wenn in den Hospitälern Platzmangel das Durchführen dieser Massnahme nicht gestattet, oder die Eltern und Anstalten die Entlassung ihrer Kinder und Zöglinge vor Schwund der Diphtheriebacillen fordern, so sollen Eltern und Anstalten über die drohende Gefahr der Weiterverbreitung der Infection in Kenntniss gesetzt und ihnen gedruckte Instructionen über die Vorsichtsmassregeln eingehändigt werden. Wegen Platzmangel in den Hospitälern sollten Asyle für genesende Kinder, sowie auch für Gesunde, welche in Diphtherieherden inficirt sind, errichtet werden. 4. In den Kinderhospitälern müssen auf Diphtheriebacillen alle Kinder, besonders von Masern, Scharlach und Tuberculose Behaftete untersucht werden. 5. In Schulen, Asylen, Pensionen und Familien, wo Diphtherie aufgetreten, soll eine Massenuntersuchung der Rachen- und Nasenhöhle ausgeführt und alle Inficirten im Verlaufe einer durch die bakteriologische Untersuchung festgesetzten Frist isolirt werden. 6. Bei der Desinfection der Wohnräume und Sachen muss das Resultat der bakteriologischen Untersuchung sowohl der Reconvalescenten als auch der in Diphtherieherden Wohnenden berücksichtigt werden.

In der Société de Pédiatrie zu Paris wurde im Anschlusse an eine Discussion über Präventivbehandlung mit Diphtherieheilserum, an der sich Prof. Ausset, Prof. Netter und Prof. Comby beteiligten, folgende Resolution gefasst: „Die Gesellschaft der Kinderärzte ist der Ueberzeugung, dass die Präventivimpfungen mit Diphtherieheilserum keine ernste Gefahr bieten, und dass sie mehrere Wochen hindurch Immunität in der grössten Mehrzahl der Fälle bieten; sie em-

Digitized by Google

pfiehlt daher deren Anwendung dann, wenn ein Diphtheriefall unter mehreren Kindern ausgebrochen oder wenn eine genügende, strenge Ueberwachung nicht möglich ist".

Dr. Jelinek (Wien) hat alle bis Ende des Jahres 1898 erschienenen Veröffentlichungen über die Heilserumbehandlung der Diphtherie statistisch verwertet, also die Litteratur aller Staaten Europas und der übrigen Weltteile dahin benützt, um den Wert dieser Behandlungsmethode aus riesigen Ziffern erschliessen zu können. Seine Tabellen zeigen, dass nach Einführung des Heilserums die Sterblichkeit der Diphtherie in Oesterreich sinkt, und zwar von 37,14% vor auf 23,88% während der Heilserumtherapie. Die officiellen Berichte über die in Oesterreich mit und ohne Heilserum Behandelten ergaben während der letzten drei Berichtsjahre (1896—1898) eine Abnahme der Sterblichkeit auf über die Hälfte, einen Unterschied von 12—12½%. In Ungarn gestalten sich die Verhältnisse in ähnlicher Weise, wenn auch nicht so evident, wie in einzelnen österreichischen Kronländern. Auch hier sank das Mortalitätsprocent stark herab. Tabelle XX gibt die Summe der Fälle aller Länder Europas und der übrigen Weltteile, mehr als 52000 Fälle mit einer Durchschnittssterblichkeit von 16,15%. Weitere vier Tabellen zeigen den grossen Einfluss, welchen die frühzeitige Behandlung der Diphtheriekranken mit Serum auf die Sterblichkeit ausübt, fernere Tabellen weisen die Sterblichkeit in gewissen Altersverhältnissen auf. Von 52515 Patienten sind nur 23058, also nicht einmal die Hälfte, am ersten und zweiten Tage zur Behandlung gelangt. Mortalität 7,6%. Bei 13203 am dritten Tage der Erkrankung mit Serum behandelten Kindern starben schon 15,56%, von den später behandelten gar schon 25,94%, resp. (nach dem fünften Tage) 33,64%. Dieser für die specifische Wirkung des Antitoxins besonders wichtige Zusammenhang zwischen Behandlungsbeginn und dem Effecte der Serumtherapie kehrt, wie die Tabellen zeigen, in allen Ländern wieder.

Dr. Grósz (Budapest) berichtet über die antidiphteritische Serumtherapie im Anschluss an 457 im Brody-Adél-Kinderspital beobachtete Fälle. Das Heilungsprocent der in den letzten vier Jahren mit Serum behandelten 457 Diphtheriefälle war 82,5, und die im moribunden Zustande ins Spital gebrachten (21) abgerechaet, sogar 86,5. 325 davon waren unter fünf Jahren (die Mehrzahl der Fälle; und 114 davon waren unter zwei Jahren), was für die Schwierigkeit des Materials spricht. Vom klinischen Standpunkte klassificirt, konnten 39% der Fälle zur schweren, 37% zur mittelschweren und 24% zur leichten Diphtherie gerechnet werden. Für den hohen Wert der Serumtherapie spricht jener Umstand, dass in keinem einzigen der Fälle zu beobachten Gelegenheit war, dass aus einem leichten oder mittelschweren Falle während der Behandlung ein schwerer geworden wäre. Das wesentlichste Kriterium der Serumwirkung bildet jene Thatsache, dass sich in keinem Falle von reiner Pharynxdiphtherie Kehlkopfcomplicationen nach der Seruminjection bildeten. Sämmtliche Croupfälle kamen schon als solche zur Aufnahme, woraus klar ersichtlich ist, dass das Serum das Weitergreifen des Processes auf den Kehlkopf zu verhindern im Stande ist. Nachteiliger Erfolg des Serums auf das Herz oder die Nieren wurde nie beobachtet. Das inländische staatliche — sogenannte Preisz'sche — Serum steht bezüglich seiner Wirksamkeit den ausländischen nicht zurück, wie dies das Heilprocent der Fälle beweist. Die prophylaktischen Impfungen waren immer von Erfolg begleitet.

Auf Grund seiner Versuchsanordnungen bezüglich der bei der Diphtheriebehandlung notwendigeu Menge von Diphtherie-Antitoxin, ist Dr. Park zu folgender Dosirung gekommen:

| | |
|---|---|
| Sehr leichte Fälle | 1000—1500, |
| Mässig schwere Fälle | 2000—3000, |
| Sehr schwere Fälle | 4000—5000 |

Antitoxineinheiten als erste Dosis,

| | |
|---|---|
| Kehlkopflocalisation | 2000—5000 |

Antitoxineinheiten je nach der Schwere des Falles.

Für Kinder unter einem Jahr genügt ungefähr zwei Drittel der für ältere Kinder und Erwachsene fixirten Dosis. Der Localbefund ist für die Beurteilung der

Digitized by Google

Schwere wichtiger als das Allgemeinbefinden. Wenn nach 12 Stunden die Entzündung fortschreitet, oder nach 18 Stunden noch nicht zurückgeht, ist eine zweite Injection vorzunehmen. In wenigen Fällen ist nach 24—36 Stunden eine dritte Injection erforderlich. Auf eine komplicirende Bronchopneumonie oder Sepsis hat das Serum keinen Einfluss. Von excessiven Dosen (40000—60000) erwartet Park keine besseren Resultate als von den kleinen.

Dr. Mikusson empfiehlt bei Croup nach der Injection von Serum noch Brechmittel anzuwenden, und zwar nach 12—24 Stunden, d. h. einer Zeit, welche notwendig ist, um die Wirkung des Serums eintreten zu lassen. Sobald diese Zeit verstrichen war, und die Temperatur und die Untersuchung des Gaumens den Einfluss des Serums erkennen liess, verordnete er ein Brechmittel, — gewöhnlich die Brechwurzel — wenn auch der Zustand des Kindes, was die Asphyxie anbetrifft, ein bedrohlicher war. 15 von ihm in dieser Art behandelte Fälle verliefen alle glücklich, ohne dass es nötig gewesen wäre zur Tracheotomie zu schreiten.

Wenn nach Ablauf des diphtheritischen Processes ein tracheotomirtes Kind nicht frei atmet und gewöhnliche Entwöhnung oder postdiphteritische Lähmung der Glottiserweiterer ausgeschlossen werden können, ist nach Dr. Knöspel (Karlsbad) folgendermaassen vorzugehen: 1. Durch Erweiterung der Trachealwunde sich Klarheit darüber zu verschaffen, ob es sich um eine Granulationsstenose handelt, und, wenn dies der Fall ist, die Entfernung der Granulationen und Verschorfung oder Verätzung des Bodens derselben anzuschliessen. Ist dies der Fall, dann käme die Dehnung oder die Einführung der Dupui'schen oder Schröder'schen Canüle in Frage oder das Decanulement mittels des Tubus. 2. Handelt es sich um Verziehung der Trachealwände in Verbindung mit Stricturirung des Lumens, so könnte die weite Freilegung der Trachealwände und Behebung der winkeligen Verziehung das Decanulement noch zu Stande bringen.

Zur Prophylose der Diphtherie von Dr. Gabritschewsky (Zeitschr. für Hyg. — Wiener med. Blätter Nr. 13). — Prof. Ausser, Prof. Netter und Prof. Comby über Präventivimpfung mit Diphtherieheilserum in der Société de Pédiatrie zu Paris (Münchener med. Wochenschr. Nr. 30). — Die Resultate der Behandlung der Diphtherie mit Heilserum von Dr. Jelinek (Das österr. Staatsw. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 5. Heft). — Dr. Grósz über die antidiphtheritische Serumtherapie im Anschluss an 457 im Bródy-Adél-Kinderspital beobachtete Fälle auf der ungarischen Naturforscherversammlung in Bártfa (Med. Neuigk. Nr. 20). — Ueber die bei der Diphtheriebehandlung notwendige Menge von Diphtherie-Antitoxin von Dr. Park (Arch. of. Paediatr. — Centralbl. f. die ges. Ther. 1. Heft). — Zur Indication der Brechmittel bei Croup von Dr. Mikusson (Eshen. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 8). — Zur Casuistik des erschwerten Decanulements nach Tracheotomie von Dr. Knöspel (Prager med. Wochenschr. Nr. 23 u. 24).

**Dormiol.** Dr. Holz wandte das Dormiol an der psychiatrischen Klinik zu Königsberg bei den verschiedensten Formen von Geisteskrankheit in Gaben von 1—3 g an und erzielte mit dem Mittel zumeist recht guten Erfolg. Der Schlaf trat prompt nach 10—40 Minuten ein und hielt durchschnittlich sechs Stunden an. Auch bei chronischem Alkoholismus trat nach einmaliger Gabe von 2½—3,0 g Dormiol nach 15 Minuten bis einer Stunde Schlaf von 5—8stündiger Dauer ein. Die Frage, ob das Mittel auch sedativ wirkt, ist nach Autor schwerer zu beantworten.

Ueber die Wirkung des Dormiol bei Geisteskranken von Dr. Holz (Wiener med. Wochenschr. Nr. 33).

**Dymal.** Wie Prof. Kopp mitteilt, ist das Dymal, im Wesentlichen ein salicylsaures Didym, ein sehr feines, geruchloses Pulver, welches teils als ein einfaches Streupulver, teils als 10%ige Lanolinsalbe zur Verwendung kam. Es ist ein ungiftiges und reizloses, secretbeschränkendes und austrocknendes antiseptisches Wundstreupulver, das Verfasser bei folgenden Dermatosen in Anwendung zog: Acutes und chronisches, nässendes und trockenes Ekzem, Psoriasis, Impetigo contagiosa, Erysipel, Hyperhidrosis, Intertrigo, Ichthyosis und verschiedenen Formen von Hautgangrän.

Dymal von Prof. Kopp (Ther. Monatshefte. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft).

Digitized by Google

**Dysenterie.** Dr. Plehn (Kamerun) übt folgendes Verfahren bei Dysenterie. Zunächst wird das Darmrohr mit zwei Esslöffeln Ricinusöl gereinigt. Hernach nimmt der Kranke zwölfmal des Tags stündlich eine Calomel-Tablette à 0,03 g, wobei für Mundpflege Sorge getragen wird. Nachdem an drei Tagen je zwölf Calomeltabletten genommen sind, werden sie vom vierten Tage ab durch je zwölfmal 0,5 g Bismuthum subnitricum, ebenfalls in Tabletten, ersetzt. (Dabei wird mit der Mundpflege noch 3—4 Tage fortgefahren.) 6 g Wismuth den Tag werden so gebraucht, bis der Stuhl geformt ist und jede pathologische Beimengung einige Tage lang fehlt. Dann gibt Plehn es noch während kurzer Zeit zu 3 g den Tag (in Dosen von 0,5). Bei Neigung zur Verstopfung in den späteren Stadien der Behandlung oder bei postdysenterischem Darmcatarrh wird Morgens ¼—½ Liter künstlichen Karlsbader Brunnens verabreicht, den die Reconvalescenten mit Erfolg noch einige Wochen fortgebrauchen, nachdem die medicamentöse Behandlung beendet ist. Von den früher empfohlenen Darmspülungen ist Plehn in letzter Zeit zurückgekommen. Einen entschiedenen Factor bildet die Diät. Reine Milchdiät durchzuführen verbieten die äusseren Umstände. Es erhalten die Kranken mindestens während der ganzen ersten Woche und jedenfalls so lange, bis der Stuhl nur noch ein- bis zweimal täglich erfolgt und 3—4 Tage lang deutlich geformt ist, eine gemischte, aber ausschliesslich flüssige Nahrung, deren Grundlage stark gekochter, durchgeschlagener Reis, Bouillon mit Ei (geschlagen), Schleimsuppen, Cacao und nach Möglichkeit Milch ist. Auch wird etwas guter Bordeaux gegeben. Erst nach 12—16 Tagen bei typisch günstigem Verlauf eines frischen Krankheitsfalles wird mit grösster Vorsicht zur gemischten leichten Fleischkost mit Gemüse übergegangen. Es wird mit geschabtem Schinken und gehacktem Hühnerfleisch begonnen und bald Fisch gegeben.

Dr. Buchanan behandelt die Dysenterie mit salinischen Mitteln. Er verabreicht 4 g Natr. sulfuric. 4—6—8 mal täglich. Die Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis jede Spur von Blut und Schleim aus dem Stuhle verschwunden ist, meist 2—3 Tage lang. Zuweilen tritt am vierten Tage wieder Blut auf, was Anlass zur Wiederholung der Cur gibt. Nur acute Fälle sollen derart behandelt werden, für chronische Fälle oder recidivirende mit Ulcerationen passt die Behandlung nicht. Derartige Fälle erhalten nur im Anfang (wenn der chronische Process exacerbirt ist) 2—3 Dosen Salz und werden mit Salol und Wismuth, sowie gelegentlich mit einigen Dosen von Ricinusöl weiterbehandelt.

Dr. Ruge bedient sich der altbewährten Ipecacuanha bei Dysenterie. Er gibt:

Rp. Inf. r. Ipecac. 4,0 : 160,0

(dreimal täglich 80 ccm davon) eventuell dazu Pulv. Doweri 0,3 und Milchdiät. Diese Concentration des Infuses ist die stärkste, die ohne Nebenwirkungen vertragen wird. Als Corrigens bewährte sich Ol. Menth. pip. am besten.

Zur Dysenteriebehandlung v. Dr. Plehn (Deutsch. med. Wochenschr. — Ther. Monatsh. 11. Heft). — Die Behandlung der Dysenterie mit salinischen Mitteln von Dr. Buchanan (Brit. med. Journ. — (Münchener med. Wochenschr. Nr. 25). — Ein Wort zur Behandlung frischer Fälle tropischer Dysenterie von Dr. Ruge (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 14).

**Dysmenorrhoe.** Nach Fliess kommen gewissen Stellen der Nase eine wesentliche Bedeutung bei dem Entstehen von dysmenorrhoischen Schmerzen zu, die durch Cocaïnisirung dieser Stellen coupirt werden können. Prof. Schiff (Wien) stellte diesbezüglich in 47 Fällen Nachprüfungen an. Zur Cocaïnisirung bedarf es nur des Betupfens mit zwei Tropfen einer 3—5%igen Cocaïnlösung, wenn die Genitalstellen vorher mit einer Lösung von Extractum suprarenale bestrichen und dadurch anämisch gemacht worden sind. In 72% der Fälle gelang es Autor, den dysmenorrhoischen Schmerzanfall von der Nase aus zu coupiren. In diesen Fällen bestanden zwischen den einzelnen Genitalstellen der Nase und den dysmenorrhoischen Schmerzen ganz spezielle Beziehungen. Schiff beobachtete ferner eine bisweilen enorme Steigerung der Empfindlichkeit der Genitalstellen auf Sondenberührung zur Zeit der

Digitized by Google

Menstruation. Bei einer Frau konnte man z. B. ganz nach Belieben durch abwechselnde Berührung der einzelnen Genitalstellen der Nase das Aufschiessen des heftigsten Schmerzes in einem der Hypogastrien oder im Kreuze bewirken und diese Stellen zeigten genau dieselben Beziehungen zu den Genitalstellen (untere Muschel — Abdomen, Nasenscheidewand — Tuberculum — Kreuz), die aus dem Cocaïnversuche bekannt waren. Die erwähnten Versuche und die Erfolge bei der nasalen Dauerbehandlung der Dysmenorrhoe beweisen nach Autor, dass es sich in allen den nasal beeinflussbaren Fällen von Dysmenorrhoe um Schmerzen handelt, die nicht local entstanden, sondern von der Nase abwärts projicirt sind. Danach stellt Schiff den Satz auf, dass man verpflichtet sei, in einem jeden Falle von Dysmenorrhoe, mit Ausnahme der zweifellos mechanischen Dysmenorrhöen, vor Einleitung einer anderen Therapie zunächst den Cocaïnversuch anzustellen. Der Ausfall des Cocaïnversuches entscheidet dann darüber, ob Aussicht auf eine Dauerheilung der Dysmenorrhoe durch entsprechende Behandlung der Nase, am besten durch bipolare Elektrolyse der Genitalstellen, besteht. Bei dem Cocaïnversuche müssen die Genitalstellen genau im Speculum eingestellt werden; ein planloses Herumpinseln in der Nase ist nach Schiff durchaus zu verwerfen.

Auch nach Dr. Theilhaber's Erfahrungen kann die Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocaïn als ein gutes Palliativmittel für den dysmenorrhoischen Anfall angesehen werden. Dagegen fehlt einstweilen noch der Beweis, dass durch Behandlung der Nasenschleimhaut eine Dauerheilung erzielt werden kann. Vielleicht werden weitere Forschungen lehren, dass man auf bestimmte Schmerzen in inneren Organen durch Application von differenten Mitteln an bestimmten Stellen der Haut und der Schleimhäute schmerzlindernd einwirken könne.

Eine neue operative Behandlungsmethode der Dysmenorrhoe bei congenitaler Anteflexio uteri schlägt Dr. Alexandroff (Moskau) vor. Dieselbe besteht in Folgendem: Nach sorgfältiger Desinfection der Scheide mit Sublimatlösung wird die Portio vaginalis mit löffelförmigen Spiegeln blossgelegt und mit Kugelzangen zu beiden Seiten der Mittellinie erfasst. Dann wird, nach Ausführung eines halbmondförmigen Einschnittes längs dem äusseren Rande des Gebärmutterhalses, die Schleimhaut der Portio vaginalis vom eigentlichen Stroma, wie bei der Exstirpation, bis an das Orificium internum, dessen Lagerung man mit der Sonde bestimmt, abgetrennt. Darauf wird in den Cervicalcanal das Pott'sche Messer eingeführt und mit demselben die Schleimhaut des Canales, um eine Verletzung des Venengeflechtes zu verhüten, längs der Mittellinie senkrecht durchtrennt, die Muskelschicht dagegen schräg von links nach rechts. Mit diesem Schnitte wird der ganze Cervicalcanal blossgelegt, wobei seine dunkelrote, geschwollene Schleimhaut und das rosenrote Muskelgewebe deutlich zum Vorschein kommt. In der Mehrzahl der Fälle hebt sich die Mucosa am Schnitte so scharf ab, dass die Unmöglichkeit für dieselbe, im engen Cervixcalcanal ganz Platz zu finden, deutlich zu Tage tritt. Die durchschnittenen Ränder werden jetzt unmittelbar unterhalb des Orificium internum vernäht, wobei der rechte Muskelrand mit dem rechten Mucosarande vereinigt wird. Bei derartiger Vernähung der Schnittränder vergrössert sich der Cervicalcanal um 0,2—0,3 cm, so dass der Erweiterer Nr. 14 nach Charrière in der Folge leicht eingeführt werden kann. Nach Anlegung von 3—4 Catgutnähten an die Cervicalwand wird die Aussenfläche derselben mit der abgetrennten Schleimhaut bedeckt, wobei zwei tiefliegende und mehrere oberflächliche Nähte angelegt werden. In den Canal führt man einen Streifen Jodoformgaze ein, die Scheide wird mit sterilisirter Watte fest tamponirt. Was die Nachbehandlung betrifft, so entfernt man die Tamponstreifen nach 24 Stunden, am zehnten Tage werden die Scheidennähte abgenommen, am zwölften Tage darf die Patientin das Bett verlassen.

Ueber die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Sexualorganen von Prof. Schiff (Wiener klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft).

Digitized by Google

— Die Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocaïn von Dr. Theilhaber (Münch. med. Wochenschrift. Nr. 22). — Ueber eine neue Behandlungsmethode der Dysmenorrhoe bei congenitaler Anteflexio uteri von Dr. Alexandroff (Centralbl. f. Gynäk. — Allg. med. (Central Zeitg. Nr. 61).

# E.

**Eisen und Eisenpräparate.** Dr. Rost (Berlin) führt aus, dass es allen Zweifeln gegenüber festgestellt ist, dass auch das anorganische Eisen vom Darme her in den Körper aufgenommen wird und hier, sei es direct, sei es indirect, die Blutbildung erhöht. Es stehen deshalb die alten bekannten und bewährten Eisenmittel wieder in vollem Ansehen. Die Blaud'sche Pille behält als Typus des anorganischen Eisens ihre souveräne Bedeutung als Eisenmittel. Will der Arzt gleichzeitig Eiweiss geben, so wird er eiweissreiche Nahrungsmittel, nicht aber die unverhältnissmässig teueren Eiseneiweisspräparate (Hämoglobin, Hämatogen) wählen. Die „Eiseneier" d. h. Eier, die durch eine besondere Fütterung der Hühner wesentlich eisenhaltiger geworden sein sollen, als die gewöhnlichen Eier, sind weder eiweiss- noch hämatogenreicher, als letztere.

Dr. Márkus (Budapest) berichtet über die Resultate, die er an Prof. v. Korányi's Klinik mit Fersan in der Behandlung der Chlorose erzielt hat. Es stehen ihm 10 Fälle zur Verfügung. Seine Beobachtungen fasst er dahin zusammen: 1. Nach dem Einnehmen von „Fersan" wird der Hämoglobingehalt des Blutes chlorotisch Erkrankter sowie die Anzahl der roten Blutzellen vermehrt. 2. Bei an Appetitmangel Leidenden stellt sich Esslust ein, die anhaltend bleibt. Verdauungsstörungen treten nicht auf, ja die manchmal bestehende Obstipation lässt nach. 3. Das Allgemeinbefinden der Patientinnen bessert sich sehr, die quälenden Kopfschmerzen, Schwindelanfälle etc. hören bald auf. 4. Das Körpergewicht der Kranken nimmt zu. Dass das Mittel nur ein einziges Mal seine Wirkung versagt hätte, kam nicht vor; es ist dabei von Wichtigkeit, dass das Medicament regelmässig lange Zeit hindurch, 5—6 Wochen, von den Kranken genommen werde. Von „Fersan" wird, wenn als Schachtelpulver verordnet, 3—4 mal täglich je ein Kaffeelöffel voll mit Milch gegeben; wird es in Form fertiger Pastillen verordnet, so lässt man täglich 3 mal 3—4 Stück nehmen, eine Viertelstunde vor der Mahlzeit.

Dr. Menzer (Berlin) hat in der Klinik Prof. Senator's einen Stoffwechselversuch angestellt, bei dem sich das Fersan auch als Nährmittel durchaus bewährte. Bei einer durch Abort mit starkem Blutverlust und langem Fieber sehr heruntergekommenen Kranken wurde es zu 40 g pro Tag vorzüglich ohne alle Beschwerden ausgenützt. Dabei besserte sich die Blutbeschaffenheit auffallend rasch.

Für Fälle von Anämie, bei welchen gegen Nähr- und Eisenpräparate eine Idiosynkrasie herrscht, empfiehlt Dr. Schenk (Wien) das Fersanmalz, welches 10% Fersan enthält. Autor stellte mit demselben Versuche an, die ergaben, dass der Geschmack dieses Productes ein so äusserst vorzüglicher ist, dass die Patienten dasselbe immer gerne in noch grösseren Quantitäten nehmen wollen, als es ihnen vom Arzte verordnet wird. Das Fersanmalz, wie es zur Zeit von den Fersanwerken dargestellt wird, unterscheidet sich im Geschmacke gar nicht von einem vorzüglich schmeckenden Pflaumenmus. Es ist daher auch angezeigt, dasselbe zu Electuarien zu verwenden, wie sie doch in der Kinderpraxis so beliebt sind. Diese Grundsubstanz eines Electuariums bietet vor anderen noch den besonderen Vorteil seines Eisen- und Phosphorgehaltes, welcher immer in kräftigender Weise auf ein krankes im Wachsen begriffenes Kind einwirken wird.

Ueber die Tinctura Ferri Athenstaedt (Ferrum oxydulatum saccharatum solubile verum) berichtet Dr. Kraus (Wien), dass in diesem Präparat das Eisen als alkalifreies Eisenoxyd-Saccharat, also

Digitized by Google

in leicht verdaulicher, organisch-indifferenter, wasserlöslicher Bindung enthalten ist. Der Eisengehalt beträgt 0,2% metallisches Eisen oder ca. 0,4% Eisenhydroxyd. Die Ueberlegenheit der Tinctura ferri Athenstaedt vor ähnlichen Präparaten liegt in ihrer Alkalifreiheit. Das Präparat wird gerne genommen und gut vertragen, wirkt sicher und ist frei von üblen Nebenwirkungen.

Dr. Winterberg und Dr. Braun (Wien) sahen gute Erfolge vom Eisentropon am Krankenbette. Dieses Präparat enthält nebst viel Cacao 50% Tropon und 2,5% Eisen. Es erwies sich bei Blutkrankheiten als ein gutes Mittel, welches den Hämoglobingehalt und das Körpergewicht nach entsprechend langer Darreichung hob. Dosis drei Kaffeelöffel täglich, wie Chocolade bereitet. Es wird sehr gerne genommen.

Therapeutische Versuche über Sanguinal Krewel bei Chlorose stellte Dr. Gerber (Wien) an Prof. Neusser's Klinik in Wien an. Das Sanguinal ist eine organische Eisen-Eiweissverbindung, in welcher das Eisen in Form des chemisch reinen Hämoglobins (10%), nebst frisch peptonisirtem Muskeleiweiss (44%) enthalten ist. Ferner besitzt es 46% Blutsalze, Mangan, Lecithin und Fette. Die Sanguinalpillen erwiesen sich nach den erhobenen klinischen Befunden, insbesondere der genauen Controlle des Blutbefundes im Laufe der Cur, welcher für jeden einzelnen Fall tabellarisch aufgenommen wurde, als ein sehr gutes Eisenmittel bei Chlorose, das in keinem Falle im Stiche liess, auch dort, wo verschiedene andere Eisenpräparate wiederholt vergeblich versucht worden waren. Nach vier- bis fünfwöchentlicher Behandlung war in allen Fällen eine Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen, mitunter auf das Doppelte, eine Besseruug des Hämoglobingehaltes um 20 bis 40% (Fleischl) und eine Steigerung des Körpergewichtes um 2—4 kg zu erweisen.

Prof. Klemperer (Berlin) hat das Triferrin 21 chlorotischen Patienten verordnet; täglich wurden dreimal 0,3 g gegeben. Von allen ohne Ausnahme wurde es gerne genommen und sehr gut vertragen. In keinem Falle wurden Magenschmerzen oder Verdauungsbeschwerden darnach geklagt, obwohl unter den Patientinnen mehrere einen empfindlichen Magen, zwei ein zweifelloses Magengeschwür hatten. Die Chlorose besserte sich in allen Fällen zusehends unter dem Gebrauche des Triferrins; es wurden, wie bei anderen Eisenmitteln, die für den Einzelfall notwendig erscheinenden hygienischen und diätetischen Massnahmen nicht vernachlässigt. Die Besserungen waren an der Abnahme der subjectiven Beschwerden, wie an der Zunahme des Blutfarbstoffes zu erkennen; der Hämoglobingehalt stieg in einem Falle von 35 auf 85%, in einem anderen von 30 auf 90%, in einem dritten von 25 auf 85%.

Alboferrin ist eine von der chemischen Fabrik Dr. Fritz und Dr. Sachse in Wien hergestellte hochmoleculare Eisen-Phosphor-Eiweissverbindung. Dasselbe ist ein hellbraunes Pulver, das fast geruch- und geschmacklos und leicht in Wasser löslich ist. Die chemische Analyse, welche in der k. k. Allgemeinen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel in Wien ausgeführt wurde, ergab: 90,14% Eiweiss, 0,68% Fe, 0,324% $H_3PO_4$, Amid-Stickstoff 0,129%, Mineralstoffe 9,50%. Es wirkt als appetitanregendes, das Körpergewicht bedeutend hebendes Mittel. Anwendung findet es bei Chlorose, Anämie, Schwächezuständen u. s. f. Das Präparat ist frei von Peptonen und Albumosen. Das Alboferrin wird auch in Pastillenform in den Verkehr gebracht.

Ueber Eisentherapie, mit Bemerkungen über die Eiseneier von Dr. Rost (Ther. d. Gegenw. 8. Heft). — Zur Behandlung der Bleichsucht mit Fersan von Dr. Márkus (Wiener med. Blätter Nr. 3). — Ein Stoffwechselversuch über die Ausnutzung des Fersans durch den menschlichen Organismus von Dr. Menzer (Ther. d. Gegenw. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft). — Zur Behandlung der Anämie mit Fersan von Dr. Schenk (Aerztl. Central-Zeitg. Nr. 16). — Ueber Tinctura Ferr. Athenstaedt von Dr. Kraus (Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 16). — Zur Verwendung des Eisentropons am Krankenbette von DDr. Winterberg und Braun (Wiener klin. Rundschau Nr. 27). — Therapeutische Versuche über Sanguinal Krewel bei Chlorose von Dr. Gerber (Wiener klin. Rundsch. Nr. 31). — Triferrin von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft). — Ueber Alboferrin (Pharm. Post. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 2. Heft).



Digitized by Google

**Ekzem.** Das Ekzem ist, wie Prof. Kaposi (Wien) ausführt, eine Entzündung der oberflächlichen Hautschichten. Es kann durch chemische, mechanische oder Wärmereize jederzeit künstlich erzeugt werden. Wesentlich gehört zum Ekzem die subjektive Erscheinung des Juckens und dadurch auch das Kratzen, das als mechanischer Reiz wieder neue Ekzemausbrüche herbeiführt. Das Ekzem hat ferner einen bestimmten Verlauf, der bis zu einem Höhestadium führt, um dann zurückzugehen, gleichgiltig, ob es an derselben Stelle zum erstenmal oder zum x-tenmal entsteht. Aus dem acuten Ekzem kann ein chronisches Ekzem entstehen. Dieses ist entweder ein chronisches Ekzem m engeren Sinne, d. h. ein und dieselbe Hautstelle ist Monate und Jahre lang Sitz der ekzematösen Entzündung, oder es ist ein chronisch recidivirendes Ekzem, indem an den verschiedensten Stellen immer wieder neue acute Ekzemausbrüche auftreten. Diese Form des Ekzems führt uns zum reflectorischen Ekzem. Sobald an einer Körperstelle ein acutes Ekzem entstanden ist, entstehen an ganz entfernten Hautstellen durch reflectorische Erregung der Vasomotoren acute Ekzemherde, gewöhnlich erkrankt zuerst das Gesicht. Jeder neue Herd erzeugt reflectorisch andere, der mechanische Reiz des Kratzens erzeugt wieder Ekzem, es entsteht eine erhöhte Reizbarkeit der Hautnerven und Gefässe und wir sehen ein aus lautor acuten recidivirenden Ekzemen sich zusammensetzendes chronisches Kranksein. Hieraus entsteht schliesslich eine Schwächung des gesammten Körpers und wenn diese Schwächung schon vorher bestanden hat, so disponirt sie in hohem Grade zu Ekzemen.

Die Mehrzahl der Ekzeme beruht nach Dr. Waldo auf der Wirkung der Organismen und es ist deshalb notwendig, die ekzematöse Fläche zu waschen. Die Verwendung von Wasser zu diesem Zwecke ist indessen zu widerraten, weil die dabei unvermeidliche Verdunstung eine Abkühlung der Teile und somit eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit zur Folge hat. Um dies zu vermeiden, nimmt man Kleie- oder Mehlabkochungen und trocknet unmittelbar nach deren Gebrauche ab. Zweckmässig ist auch der Zusatz von Natrium bicarbonicum oder biboracicum zum Wasser. Wenn man eine ekzematöse Stelle am rechten Arme oder Beine derartig behandelt, so wird auch die gleiche Stelle am linken Arme oder Beine dadurch beeinflusst. Das lässt sich nur unter Annahme einer sympathischen Wirkung erklären, und daraus ergibt sich ferner die Notwendigkeit einer allgemeinen Hautpflege am ganzen Körper. Natürlich müssen alle Reize von den ekzematösen Stellen ferngehalten werden. Eine innerliche Behandlung ist damit zu verbinden, um den Nährboden für die Mikroorganismen zu beeinflussen. In vielen Fällen gelingt dies durch eine Milchcur. In anderen Fällen sind Abführmittel angebracht, nämlich wenn es sich um Ekzem auf gichtischer Basis handelt, mitunter auch Chinin. Bei Ekzemen, die durch Autointoxication hervorgerufen werden, leistet Benzo-Naphthol vorzügliche Dienste, in anderen Fällen Salicyl. Alkohol erweist sich fast stets als schädlich. Hinsichtlich der Diät sind die zahllosen Idiosynkrasien zu berücksichtigen. Auch klimatische Einflüsse kommen in Frage: Das Gebirgsklima und vor allem das Seeklima wirkt schädlich. Schliesslich ist die Bekleidung von Wichtigkeit, insofern, als wollene Wäsche oft einen Reiz ausübt.

Bei der Ekzembehandlung sind nach Dr. Kromayer und Dr. Grüneberg (Halle) drei Indicationen zu unterscheiden: 1. Ruhigstellung der Haut durch Schutz gegen äussere und innere Schädlichkeiten mittels Puder, Salben oder Pasten. 2. Beseitigung der chronischen Gewebeveränderungen beim chronischen Ekzem durch die sogenannten reducirenden Heilmittel, wie Theer, Schwefel, grüne Seife, Pyrogallus u. s. w. Da nun aber die chronischen Ekzeme meist aus acuten und chronischen Entzündungen gemischt sind, wird ihre Behandlung schwierig, da die reducirenden Mittel die Haut reizen und die acute Entzündung steigern. Hier tritt nun die dritte Indication ein: Aetzung der acut entzündlichen Stellen mit Kalilauge. Es gehört jedoch grosse Erfahrung dazu, den richtigen Zeitpunkt, sowie die Ausdehnung der Aetzung zu

Digitized by Google

bestimmen, deshalb bedarf der praktische Arzt eines Aetzmittels, das nicht schaden kann und ein solches besitzen wir, im Lenigallol, dem Triacetat der Pyrogallussäure. Lenigallol reizt gesunde Haut gar nicht, wirkt reducirend auf die chronisch entzündete und leicht ätzend auf die acut entzündete Haut. Doch wirkt Lenigallol nur oberflächlich und kann daher weder Theer, noch Kalilauge ganz ersetzen, es eignet sich vor Allem für den Beginn der Behandlung und vermag die Heilungsdauer der Ekzeme bedeutend abzukürzen. Angewendet wird es als Lenigallol-Zinkpaste mit 20% Lenigallol oder Lenigallol-Theerpaste mit 10% Lenigallol und 5% Theer.

Für chronische, scharf umschriebene Localekzeme empfiehlt Dr. Spiegler folgende Methode. Die ekzematöse Hautstelle wird zuerst gut mit Seife gewaschen, dann mittels Charpiepinsel oder eines mit Watte umwickelten Stäbchens, das in eine Lösung von Kalium causticum, Aqua destillata ana getaucht worden ist, sehr gründlich abgerieben. Diese Abreibung dauert höchstens eine Minute. Um den Rest des Kali zu entfernen, wird mit fliessendem Wasser abgespült und mit steriler Watte abgetrocknet. Darauf werden die excoriirten Stellen mit einer 50%igen Argentum nitr.-Lösung mittels Charpiepinsel abgerieben, der entstandene Schorf mit sterilisirter Watte bedeckt und mit Calicotbinde verbunden. Der Verband bleibt, ohne gewechselt zu werden, unter günstigen Umständen bis zur Heilung liegen. Letztere erfolgt unter dem Schorfe innerhalb ein bis drei Wochen. Der Schmerz ist bei der Procedur mitunter heftig, vergeht aber, wie das Jucken, nach der Einpinselung mit Lapis. Der Verband bleibt liegen, bis die Schorfe sich von selbst abgelöst haben. Werden dieselben aber durch Serumaustritt zu früh abgehoben, so erfolgt die weitere Heilung leicht unter 3%iger Borsalbe. After- und Perineumekzeme bedürfen jedoch der Bettruhe.

Dr. Hellmer (Wien) hat in einem Falle von Ekzema pustulosum die Heilwirkung der roten Sonnenstrahlen mit überraschend schnellem Erfolge in Anwendung gezogen. Um sämmtliche Körperflächen der Bestrahlung in bequemer Weise aussetzen zu können, wurde aus starkem Draht ein der Körpergrösse entsprechend langes, ca. 1 m breites und 80 cm hohes Verdeck, wie bei den Tragbahren, improvisirt und mit dunkelrotem leichten Kattun überzogen. Der Patient lagerte sich nun auf ein Holzcavalett, das Verdeck wurde über den Körper bis zum Kopfe gestülpt, letzterer, wie bei den Sonnenbädern üblich, durch ein kleines verstellbares Dach beschattet und ausserdem mit einer Winternitz'schen Kühlkappe bedeckt. Während der Procedur, die jedes Mal ca. 1½ Stunde dauerte, musste Patient alle fünf Minuten seine Lage ändern, so dass alle Körperflächen successive und zu wiederholten Malen den roten Sonnenstrahlen ausgesetzt waren. Hierauf bekam der Patient zur Ableitung der angehäuften Wärme und zur Wiederherstellung des normalen Gefässtonus ein ausgiebiges kaltes Regenbad und machte dann unabgetrocknet einen ca. halbstündigen scharfen Spaziergang, bis zur Erzielung einer vollständigen Reaction. Während des Sonnenbades geriet er in leichte Transpiration, das Jucken hörte auf und er fühlte sich sehr wohl.

Was ist Ekzem? von Prof. Kaposi (Wien. med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft). — Dr. Waldo über einige Momente bezüglich der Ekzembehandlung in der Société médicale des hôpitaux in Paris (Wiener med. Blätter Nr. 50). — Die Behandlung des Ekzems von DDr. Kromayer und Grüneberg (Münchener med. Wochenschrift. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Ueber eine Methode zur Heilung chronischer Lokalekzeme von Dr. Spiegler (Sonderabdr. aus d. Festschr. zu Ehren von Kaposi's. Wien, Braumüller's Verlag). — Ein Beitrag zur Phototherapie des Ekzems von Dr. Hellmer (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 7.)

**Elektricität.** Dr. Kindler's (Berlin) Versuche mit Arsonval'schen Strömen, die nach französischen Autoren bei Gicht, Rheumatismus, Adipositas, Diabetes, Neurasthenie etc. angeblich gute Wirkung hätten, ergaben, dass die Wirkung der Ströme eine im Wesentlichen illusorische, höchstens suggestive ist. Die Steigerung der Pulsfrequenz und des Blutdrucks ist nach Kindler allein auf die psychische Erregung der Kranken zurückzuführen; objectiv fand sich ferner sofort nach der Bestrahlung eine vollständige



Digitized by Google

Abstumpfung der Sensibilität für alle Empfindungsqualitäten. Nach zehn Minuten war diese Hypoästhesie wieder geschwunden. Es wurden an Prof. Goldscheider's Klinik behandelt 18 Fälle von arthritischen Erkrankungen, circa 30 Fälle organischer Nerven- und Gehirnkrankheiten. Irgend ein Erfolg war nicht zu constatiren. Eine Verminderung der Schmerzen war nur für die Zeit der oben erwähnten localen Anästhesie zu erreichen. Neurasthenien und Hysterien eignen sich nach Kindler am besten für die Behandlung.

Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Spannungselektricität (Franklinisation, d'Arsonvalisation, unipolare Polentladungen von Inductoren etc.) besitzt nach Dr. Freund (Wien) im Allgemeinen ähnliche Vorzüge, wie die Röntgentherapie. Die Methode macht die Anwendung von Salben, Pflastern und Verbänden entbehrlich und verursacht wenig Schmerzen. Sie besitzt schätzenswerte Eigentümlichkeiten (z. B. die baktericide, austrocknende und juckenmildernde Wirkung), welche bei verschiedenen Hautaffectionen Nutzen bringen; doch hat diese Wirksamkeit keineswegs einen so hohen Grad und ist nicht so unfehlbar, dass sie die bisher üblichen und bewährten Behandlungsmethoden entbehrlich machen könnte.

Prof. v. Noorden (Frankfurt) beschreibt das Vier-Zellen-Bad, das vor anderen elektrischen Bädern mannigfache Vorzüge hat. Es wurde mit gutem Erfolge bei Complicationen diabetischer Patienten (Muskelschmerzen, Schlaflosigkeit, Muskelschwäche, Pruritus, Psoriasis) mit Erfolg versucht; ebenso verwendete man das Vier-Zellen-Bad bei Neuralgien, Akroparästhesie, Enuresis nocturna, Muskelatrophie, Arthritis urica. Das Vier-Zellen-Bad stellt eine wertvolle Bereicherung unserer physikalisch-therapeutischen Hilfsmittel dar und darf zur Behandlung mannigfacher Krankheitsformen empfohlen werden.

Ueber die therapeutische Wirkung Arsonval'scher Ströme von Dr. Kindler (Fortschr. d. Med. Nr. 13). — Dr. Freund über die Verwendung der Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten auf dem deutschen Dermatologencongresse zu Breslau (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 56). — Ueber das elektrische Vier-Zellenbad von Prof. v. Noorden (Die Krankenpflege Nr. 1).

**Empyem.** Dr. Martin (Wien) stellt bezüglich der Prophylaxe und Therapie des Pleuralempyems folgende Sätze auf: 1. Ein Empyem kann man am leichtesten dadurch vermeiden, dass man jeden beträchtlicheren Flüssigkeitserguss entzündlichen Ursprunges sogleich vollständig entleert. 2. Bei der Diagnose solcher Ergüsse mittels explorativer Aspiration soll die Punctionsnadel nicht direct durch die Haut eingestochen, sondern diese zuerst mittels eines schmalen Messerchens eingeschnitten werden, damit von der Haut aus keine infectiösen Keime in den pleuralen Erguss übertragen werden. 3. Seröse Ergüsse werden am besten mittels Aspiration entleert. Wenn sich dieselben nach der drittmaligen Entleerung wieder ansammeln, so sollen sie der continuirlichen Heberdrainage unterworfen werden. Die Punction soll mittels eines dünnen Troicarts und Canüle vorgenommen werden, wobei letztere eine solche Weite besitzen muss, dass ein enges Drainrohr durch dieselbe hindurchgezogen werden kann. 4. Frische Empyeme behandelt man am besten mittels continuirlicher Heberdrainage, wobei das Rohr durch eine Canüle von mindestens Kleinfingerdicke im Durchmesser eingeführt wird. 5. Wenn die so angelegte Heberdrainage wegen Enge des Zwischenrippenraumes oder wegen beständiger Verlegung mit fibrinösem Material ungeeignet erscheint, so soll ein etwa 3 cm grosses Stück einer Rippe (gewöhnlich der 7. oder 8.) resecirt und ein Drainrohr von dem Durchmesser der angelegten Oeffnung angewandt werden. 6. Sind die Verhältnisse derart, dass es durchaus unmöglich ist, dass sich die Lunge unter dem Einfluss der Heberdrainage und von Athmungsübungen wieder expandirt, soll Delorme's Operation versucht werden, mittels deren die Pseudomembranen von der comprimirten Lunge abgeschält werden. 7. Wenn diese Operation unausführbar ist, so wird eine Rippenresection oder eine Resection der Brustwand sammt der verdickten Pleura je

Digitized by Google

nach der Ausdehnung des darunter befindlichen Hohlraumes indicirt sein.

Die Behandlung der Thoraxempyeme mit permanenter Aspirationsdrainage nach Bülau wird, wie Dr. Frank (Wien) mitteilt, folgendermaassen ausgeführt: Der Thorax wird mit einem sehr dicken, kurzen Troicart punctirt. Da der dicke Troicart die Haut nicht durchdringen kann, ist es nötig, in der Haut vorher eine kleine Incision zu machen. Die Punction geschieht nach Infiltration der Punctionsstelle mit Schleichscher Lösung. Nach Extraction des Stachels schiesst aus der Canüle Eiter vor; die Oeffnung wird aber sofort mit dem Finger geschlossen und dann durch die Canüle ein vorbereitetes, genau passendes, etwa $^1/_2$ m langes Drain eingeschoben. Das Drain soll etwa 6—8 cm in den Thorax eindringen. Ueber dem eingeführten Drain wird dann die Troicartcanüle ausgezogen. Das Empyem wird nicht gleich ganz entleert, um die plötzliche Entlastung des Thorax zu vermeiden; ausser dem während der Punction und der Einführung des Schlauches abgeflossenen Eiter wird nur ein Bruchteil von etwa $^1/_4$ l in eine Flasche abgelassen, worauf ein Quetschhahn den Schlauch abklemmt. Die Flasche hat einen doppelt gebohrten Stöpsel. Durch die eine Bohrung geht ein Glasrohr bis zum Boden der Flasche und taucht hier in Flüssigkeit. Mit diesem Rohr wird das Drainrohr in Verbindung gesetzt. Im Laufe von 2—5 Tagen wird in Etappen durch zeitweiliges Oeffnen des Quetschhahnes der Eiter ganz abgelassen. Von nun an kann das Rohr dauernd offen bleiben und der weiter sich bildende Eiter constant abfliessen. Die Flasche ist ein ständiger Begleiter des Kranken, auch wenn er das Bett verlässt. Wenn im Laufe der Wochen die Secretion sich auf ein Minimum reducirt hat, wird die Flasche und der Schlauch entfernt und nur eventuell noch für einige Zeit ein kurzes, dünnes Drain eingeführt, bis völlige Ausheilung eintritt. Gegenüber der Thoracotomie mit oder ohne Rippenresection hat das beschriebene Verfahren folgende Vorzüge: 1. Kann es leicht ohne Narkose ausgeführt werden, was insofern wichtig ist, als in vielen schweren Fällen die Narkose gefährlich erscheint. 2. Es tritt keine plötzliche Entleerung des Thoraxraumes und 3. kein Pneumothorax ein. Es werden die mit diesen beiden Momenten zusammenhängenden gefährlichen Zufälle, wie Herzcollaps, Lungenödem etc., vermieden; auch leiden die Kranken nicht an den schweren Hustenanfällen, wie sie nach der Resection oft auftreten. 4. Der nach Bülau behandelte Patient ist rein und belästigt auch seine Umgebung nicht, der Verband braucht nur etwa jede Woche gewechselt zu werden. 5. Die Punction nach Bülau kann auch von nicht speciell chirurgisch ausgebildeten Aerzten ausserhalb einer Anstalt gemacht werden, und ist dabei ebenso leistungsfähig, wie die eingreifenderen Behandlungsmethoden.

Dr. Müller ist der Ansicht, dass es bei der Behandlung des Empyems vor Allem von Wichtigkeit ist, eine möglichst kleine Oeffnung zu schaffen, die dem Exsudat einen genügenden Abfluss schaffen muss. Diese Bedingung wird durch eine vom Verfasser angegebene starke Dauercanüle erfüllt, die stumpfwinklig nach aufwärts gebogen und mit seitlichen Durchbohrungen versehen ist. Andererseits soll möglichst das Eindringen von Luft in den Thorax verhütet werden, dies kann durch einen fest anschliessenden Mull-Watteverband erreicht werden; damit der Verband auch in der Exspirationsstellung dem Thorax fest anliegt, empfiehlt es sich, ihn noch mit einer elastischen Gummibinde zu fixiren. Die Behandlung des Empyems mit der Dauercanüle hat mit der Bülau'schen Methode gemeinsam, dass der kleine Eingriff ohne Assistenz, ohne Narkose, mit oder ohne [Localanästhesie ausgeführt werden kann und eine möglichst kleine Wunde schafft; sie hat aber den Vorzug, dass der Patient sich im Bette und sobald die Kräfte es gestatten, auch ausserhalb desselben frei bewegen darf, dass er endlich in der häuslichen Pflege bleiben kann. Die Behandlung ist eine so einfache, dass sie von jedem Arzt versucht werden kann. Führt sie nicht zum Ziele, so kann jederzeit rechtzeitig die Resection angeschlossen

Digitized by Google

werden. Das Instrument wird vom Instrumentenmacher Schmalenbach, Hagen i. W., Kampstrasse, verfertigt.

Ein besonderes Aspirationsverfahren bei der Nachbehandlung der Pleuraempyeme hat Dr. Perthes (Leipzig) empfohlen. Dasselbe hat den Zweck, die Wiederausdehnung der Lunge in dem Pleuraraum nach Entfernung des Eiters durch Ansaugung zu begünstigen und gleichzeitig dem Eiter andauernd guten Abfluss zu gestatten. Er suchte dieses zu erreichen durch Herstellung einer mässigen Luftverdünnung in dem Pleuraraum vermittels einer Wasserstrahlpumpe. Dieselbe steht zunächst mit einem Sammelgefäss in Verbindung, welches durch einen Gummischlauch mit der Pleurahöhle communicirt, so die Luftverdünnung bewirkt und den Eiter aufnimmt. Es trägt ein Manometer, um die Luftverdünnung zu messen und zu reguliren. Die Pleurahöhle soll im Uebrigen luftdicht abgeschlossen sein, und das wird erreicht durch eine mit Flanellzügeln festgelegte Gummimembran, welche die Thoracotomiewunde bedeckt und den Gummischlauch luftdicht durchtreten lässt. Autors Beobachtungen erstrecken sich auf 12 frische uncomplicirte Fälle, 11 ältere zum Teil veraltete Fälle und neun Fälle mit Complicationen (Lungengangrän, Lungentuberculose, subphrenischer Abscess), zusammen 32 Fälle, von denen im Ganzen 25 mit Aspiration behandelt wurden. Bei der ersten Kategorie wurde die Thoracotomie in der gewöhnlichen Weise an der 6.—8. Rippe in der hinteren Axillarlinie ausgeführt und dann unmittelbar darnach oder, im Falle stärkerer parenchymatöser Blutungen, erst mehrere Stunden darnach die Aspiration eingeleitet. Chronische Fälle sind erst diagnostisch darauf zu prüfen, ob die Aspiration eine Ausfüllung der Höhle durch Zusammenrücken der Nachbarorgane erreichen kann. Widrigenfalls ist das Verfahren aussichtslos. Empyeme, die mit Lungenabscess und Lungengangrän complicirt sind, machen die Anwendung des Aspirationsverfahrens unmöglich, sobald sich die Lungensequester abgestossen haben, also die Empyemhöhle mit den Bronchien communicirt. Die acuten Empyeme der Tuberculösen sind nicht anders zu behandeln als, die acuten Empyeme ohne Complication. In Empyemfällen, die mit subphrenischem Abscess complicirt sind, hält Perthes die Nachbehandlung mit Aspiration für zweckmässig.

Prof. Lenhartz stellte dem ärztlichen Vereine zu Hamburg eine Anzahl Kinder vor, die wegen Empyems mit Rippenresection und Aspiration mit dem Perthesschen Apparat behandelt sind. Das Verfahren hat sich dem Vortragenden sehr bewährt, und er empfiehlt es deshalb aufs Wärmste. In einem Fall trat der Erfolg erst ein, als nachträglich drei weitere Rippen resecirt waren. Vortragender stellt ferner ein Pneumokokkenempyem vor, das — im Gegensatz zu der gewöhnlichen Anschauung — viel schwerere Erscheinungen darbot, als die gleichzeitig behandelten Streptokokkenempyeme und zeigt schliesslich ein Kind, welches am 16. Lebenstag wegen eines im Anschluss an Nabeleiterung eingetretenen Empyems glücklich operirt worden ist.

Ueber Empyembehandlung von Dr. Martin (Wien. med. Blätter. — Medico Nr. 5). — Behandlung der Thoraxempyeme mit permanenter Aspirationsdrainage von Dr. Frank (Die Heilk. — Medico Nr. 38). — Behandlung eines Falles von Empyem mit Dauercanüle von Dr. Müller (Münchener med. Wochenschr. Nr. 8). — Ueber das Aspirationsverfahren bei der Nachbehandlung der Pleuraempyeme von Dr. Perthes (Mitteil. a. d. Grenzg. — Ther. d. Gegenw. 4. Heft). — Prof. Lenhartz über Empyem im ärztlichen Vereine zu Hamburg (Ther. Monatsh. 3. Heft).

**Enteroptose.** Unter Enteroptose versteht man nach Prof. Herzfeld (Wien) eine Verlängerung der Baucheingeweide, die hauptsächlich das weibliche Geschlecht betrifft, sehr häufig ist, und grosse Beschwerden verursacht. Das Symptomenbild der Enteroptose besteht vornehmlich in Verdauungsstörungen, die sowohl den Magen (Appetitlosigkeit, aber auch lästiges Hungergefühl, verbunden mit Schmerzen nach jeder Nahrungsaufnahme, Aufstossen, Drücken etc.), als den Darm (Obstipation, plötzliche Diarrhöen, Gasbildung, Anwachsen des Abdomens, Gefühl des Vollseins) betreffen und mit heftigen Schmerzen, Arbeits- und Bewegungsunlust, Atembeschwerden, Herzpalpitationen, bei längerer Dauer mit Störungen in der Blut-

Digitized by Google

circulation, Schwindel, Kopfschmerzen, zahlreichen nervösen Symptomen verbunden sind und rapide Abmagerung herbeiführen können. Die Therapie soll den normalen Bauchhöhlendruck wieder herstellen. Dazu dienen Stützapparate, die aber nur den mangelnden Tonus der Bauchwandung ersetzen und nicht etwa die forcirte Lageänderung einzelner Organe bezwecken sollen. Herzfeld lässt zu diesem Zwecke Bauchbinden anfertigen, die behufs besserer Fixation rechts und links mit kleinen Hosen versehen und stets in horizontaler Lage anzulegen sind. Die Binden müssen genau passend angefertigt werden. Bei bestehender Erschlaffung des Beckenbodens ist bei Defecten die Peritonealplastik, bei einfacher Erschlaffung eine Stützung durch Pessare und Kräftigung durch Gymnastik (Widerstandsbewegungen, Brandt'sche Lüftung des Uterus) am Platze. Zur Wiederherstellung des normalen Tonus ist aber ausserdem eine genaue diätetische Therapie (Mitchell'sche Mastcuren) notwendig. Von Nutzen sind auch Bäder, sowie die Anwendung der Elektricität. Viel wichtiger aber ist die Prophylaxe, speciell in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett (gut adaptirte Bauchbinden in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, und durch vier Monate nach dem Verlassen des Bettes möglichste Schonung), sowie eine rationelle Ernährung.

Bei der Behandlung der Enteroptose ist nach Prof. Einhorn (New-York) reichliche Ernährung von besonderer Wichtigkeit, vielleicht noch mehr, als die Binde. Man muss dies auf jede mögliche Weise zu erreichen suchen. Wo der Zustand der Magensecretion bekannt ist, kann die Diät demgemäss angepasst werden. Dies ist jedoch nicht so wichtig als der Punkt, die Patienten dazu zu bringen, mehr zu essen, als zur Erhaltung des Körpergleichgewichtes notwendig ist. Im Allgemeinen sind häufige Mahlzeiten, viel Brot und Butter, gutes einfaches Essen mit Ausschluss sehr unverdaulicher Substanzen angebracht. Gewöhnlich lässt Autor die Patienten Milch und Butterbrot zwischen den Mahlzeiten nehmen. In dieser Beziehung stimmt er nicht mit Glénard überein, der Milch als besonders schädlich für diese Klasse von Patienten hält. Bewegung ist ein weiterer wichtiger Faktor in der Stärkung des Körpers im Allgemeinen und der Bauchmuskeln im Besonderen. Bewegung in freier Luft ist besonders dienlich. Massage ist auch warm empfohlen worden. Nach Autor's Meinung jedoch ist letztere nur in leichten Fällen von Enteroptose von Wert, nicht aber bei sehr blutarmen Patienten oder in vorgeschrittenen Fällen, da häufig zuviel Reiz ausgeübt wird, so dass zuweilen sich entzündliche Processe in der Bauchhöhle entwickeln können, wenn die Massage zu kräftig ausgeführt wird. Elektricität, intragastrisch angewandt, scheint besonders in denjenigen Fällen von Wert zu sein, wo vielfache functionelle Magenstörungen vorhanden sind. Von Medicamenten sind Eisen und Arsen oft in anämischen Zuständen indicirt, während die Bromsalze gegen Nervosität gegeben werden können. Alle Verdauungsstörungen sollten nach den allgemeinen Grundsätzen behandelt werden. Dies findet auch auf die bei Enteroptose häufig vorkommende Verstopfung seine Anwendung. Zu viele Abführmittel jedoch sollten nicht gegeben werden, auch benötigen Fälle mit regelmässigem Stuhlgang keine Laxantien.

Ueber Enteroptosis von Prof. Herzfeld (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 78). — Bemerkung über Enteroptose von Prof. Einhorn (Deutsche Praxis Nr. 7 u. 8).

**Enuresis nocturna.** In der Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur setzte Dr. Thiemich die in der Breslauer Kinderklinik auf Grund eines grossen Beobachtungsmateriales geltende Anschauung auseinander, nach welcher die Enuresis nocturna et diurna, soweit es sich um rein functionelle Störungen handelt, nicht eine locale Neurose, sondern eine Teilerscheinung der im Kindesalter keineswegs seltenen Hysterie ist. Vortragender sucht dies durch eine Reihe von Thatsachen zu beweisen, wobei er am meisten Gewicht auf die meist prompte Wirkung einer zweckmässigen suggestiven Therapie legt (schmerzhafte allgemeine, — nicht locale Faradisation, combinirt mit Verbalsuggestion).

Digitized by Google

Dr. Sackur hat in mehreren Fällen von Enuresis das Einführen und Liegenlassen von Metallbougies bewährt gefunden. Es gibt eine Gruppe von Bettnässern, bei denen die localen Vorgänge im Blasenhalse derart im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen, dass man sich unwillkürlich auf eine dort angreifende Therapie hingewiesen fühlt. Im Wesentlichen handelte es sich um eine Hyperästhesie des M. sphincter vesicae, der durch die Berührung mit Urin zur spastischen Contraction gebracht wird.

Was die Beziehungen der nasalen Obstruction zur Enuresis betrifft, bemerkt Dr. Ephraim, dass hierbei nicht nur adenoide Vegetationen, sondern auch andere Arten der Nasenverstopfung in Frage kommen. In denjenigen Fällen, in welchen die Beseitigung derselben eine Sistirung der Enuresis prompt zur Folge hat, eine hysterische Grundlage der letzteren anzunehmen, fällt um so schwerer, als der operative Eingriff meist nicht im Hinblick auf die Enuresis, oft sogar ohne Kenntniss derselben, sondern aus anderen Rücksichten vorgenommen wird, das Moment der Suggestion also fortfällt. Auch scheinen diejenigen Beobachtungen, denen zufolge Recidive der nasalen Verstopfung auch Recidive der Enuresis mit einer gewissen Gesetzmässigkeit im Gefolge gehabt haben, dafür zu sprechen, dass hier directere Beziehungen der Nasenschleimhaut zum Urogenitalsystem im Spiele sind. Auch die grosse Häufigkeit, in welcher bei nasenverstopften und an Enuresis leidenden Kindern, lediglich durch Regulirung der Nasenatmung Heilung des Bettnässens herbeigeführt wird, ist nicht recht mit einem hysterischen Charakter der letzteren in Uebereinstimmung zu bringen.

Dr. Gerbmann wendet folgende Massage bei Enuresis an: Der Finger wird in das Rectum eingeführt und 2—3 Minuten dauert die Massage in jeder Seance. Zuerst macht er mit der Fingerkuppe Bewegungen in querer Richtung zum Blasenhalse, und darauf in senkrechter. Von den anfänglich zarten Bewegungen geht er allmählich zu energischen über. So massirt er zwei Minuten, darauf macht er im Verlauf einer halben Minute stossende Bewegungen mit der Fingerkuppe auf dieselbe Gegend des Blasenhalses. Die Massage wird immer in der Lage à la vache ausgeführt.

Dr. Thiemich, Dr. Sackur und Dr. Ephraim über Enuresis im Kindesalter in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 38). — Massage bei Enuresis nocturna von Dr. Gerbmann (Eshened. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 6. u. 7).

**Epicarin.** Dr. Winkler (Wien) verordnet das Epicarin vielfach bei Seborrhoea capitis und dem darauf folgenden Haarausfalle in alkoholischer Lösung, etwa in der Formel:

Rp. Epicarini 5,0
Aeth. sulfur. 15,0
Spir. vin. gall. 80,0
D. S. Haarspiritus

und lässt sie nach Scheitelung des Haares täglich einmal in die Kopfhaut einreiben. Es ist dabei nicht nötig, die Kopfhaut vorher mit Seifenspiritus abzureiben. Man bringt unmittelbar auf die Kopfhaut einige Tropfen des Epicarinspiritus und verreibt sie mit dem Finger. Eine zu grosse Menge Spiritus ruft in Folge der Entfettung oft ein unangenehmes Spannungsgefühl hervor und lässt das Haar spröde werden. Geringe Mengen Epicarin rufen aber umgekehrt ein Geschmeidigwerden des Haares hervor. Die zweite Indication bilden die Perniones. Hier ist einerseits die juckstillende Wirkung des Epicarins zu verwerten, und andererseits kommt ein gewisser Einfluss auf die Hauptgefässe in Betracht. Sowohl bei erythematösen als auch bei exulcerirten Pernionen hat Autor mit dem Epicarin gute Resultate erzielt. Er verschreibt es zu dieser Behandlung regelmässig mit Caseinsalbe, etwa in folgender Weise:

Rp. Epicarini 3,0
Sapon. virid. kalin. 0,5
Ungt. caseini ad 30,0
M. f. ungt. D. S. Salbe.

Man erhält eine gleichmässige, dicke, halbfeste Salbe von rötlicher Farbe, welche auf der Haut einen trockenen, glatten Ueberzug bildet, der dem Kranken hinsichtlich der Wäsche keinerlei Unannehmlichkeit bringt; diese Caseinsalbe hält sich vermöglich der intensiv antiseptischen Wirkung des Epicarins durch sehr lange

Digitized by Google

Zeit hindurch unverändert. Die Salbe wird täglich im warmen Bade entfernt und nach sorgfältigem Abtrocknen neu aufgetragen. Schon am ersten Tage hört das Jucken und das Brennen, sowie der Schmerz bei Druck auf, das Erythem geht zurück, und das Frostgeschwür kommt bald zur Heilung. Endlich führt Autor noch an, dass er bei Lichen ruber planus durch Umschläge mit Epicarinspiritus und durch Einreibungen mit der Epicarincaseinsalbe den Juckreiz vollständig zu stillen vermochte.

Zur Verwendung des Epicarins von Dr. Winkler (Monatsh. f. prakt. Dermat. 33. Bd.).

**Epilepsie.** Ueber den Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie hat Dr. Schlöss Versuche bei einer Anzahl von Fällen genuiner Epilepsie angestellt. Diese Versuche ergaben, dass unter dem Einflusse ausschliesslicher Milch- und vegetabilischer Nahrung die Anzahl der Anfälle nicht vermindert und ebensowenig unter dem Einflusse ausschliesslicher Fleischnahrung vermehrt wird. Kochsalzarme Kost reducirt bei gleichzeitiger Verabreichung von Bromsalzen die Zahl der epileptischen Anfälle, beeinflusst jedoch nicht das psychische Verhalten. Bei solcher Nahrung sinkt das Körpergewicht und es stellt sich Schwäche und Hinfälligkeit bei den Kranken ein. Fett- und säurereiche Kost hat keinen Einfluss auf den Verlauf der Epilepsie. Mässige Alkoholgaben bis zu 1 l eines leichten Bieres im Tage) vermehren die Anzahl der epileptischen Anfälle bei genuiner Epilepsie nicht.

Dr. Sternberg (Wien) hebt die Möglichkeit hervor, dass die toxische Wirkung einer sechswöchentlichen Fleischperiode in den Versuchen von Schlöss erst in der darauffolgenden Milchperiode zum Ausdrucke gekommen ist, oder dass die „entgiftende" Nachwirkung einer Milchvegetabilien-Periode die darauffolgende Fleischperiode unschädlich gemacht hat.

Prof. v. Frankl-Hochwart tritt für absolute Alkoholentziehung ein. Mehrmals sei es ihm vorgekommen, dass Patienten, welche lange Zeit anfallsfrei waren, nach einmaligem Genusse geringer Alkoholmengen recidiv geworden seien.

Dr. Toulose teilt die Resultate seiner Epilepsiebehandlung mit. Diese besteht bekanntlich darin, dass man dem Patienten die Cl-Salze aus der Nahrung möglichst entzieht und so ihn empfindlicher gegen die Wirkung des Broms macht. Toulouse beobachtete bei den 1—7 Monate diesem Verfahren unterworfenen Kranken niemals Ernährungsstörungen. Die meisten nahmen zu und zeigten am Dynamometer dieselbe Muskelkraft, wie früher. Die mittlere Dosis von Bromnatrium betrug 2,5 g. In allen Fällen ohne Ausnahme soll sich die Zahl der Anfälle vermindert haben.

Dr. Bálint (Budapest) hat die chlorarme Diät in nahezu 30 Fällen von Epilepsie angewandt. Die Kranken bekamen: 1—1½ l Milch, 40—50 g Butter, drei Eier, 300—400 g Brot und Obst. Der Kochsalzgehalt betrug nicht viel mehr als 2 g, ausserdem erhielt der Kranke in der Nahrung 3 g Bromsalz. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Die chlorarme Diät ist in jedem einzelnen Falle von Epilepsie anwendbar und zu versuchen. Die Behandlung dürfte am erfolgreichsten in einer Anstalt durchzuführen sein. Bis zum vollkommenen Erkennen des Characters der Erkrankung soll in jedem Falle die streng chlorarme Diät eingeleitet, später können eventuell einige Milderungen der Diät gestattet werden. Neben der chlorarmen Diät sind kleine Gaben (2—3 g) von Bromsalzen zu verabreichen. Das Einführen des Broms in den Nahrungsmitteln, speciell im Brote an Stelle des Kochsalzes, scheint vom Gesichtspunkte des angenehmen Gestaltens der Verabreichung empfehlenswert. Die günstige Wirkung der Behandlung besteht hauptsächlich in der hochgradigen Steigerung der sedativen Wirkung des Broms und ist daher nach der Meinung des Verfassers auch bei anderen Nervenkrankheiten zu versuchen, in welchem wir auf stärkere Bromwirkung angewiesen sind.

Prof. Braun (Göttingen) hat in neun Fällen von Epilepsie die Resection des Halssympathicus vorgenommen. Einen Einfluss auf die Atmung und die Herzthätigkeit hat er nicht gesehen, da-

Digitized by Google

gegen fand constant eine Ptosis des oberen Augenlids, eine Verengerung der Pupille und Dilatation der Gefässe statt, auf die Jonnesco den Hauptwert bei der Epilepsie legt. Eine Veränderung der Spannung des Pulses konnte er nicht finden, vermehrte Schweissecretion war nicht constant. Die Verengerung glich sich im Laufe der Zeit wieder aus, auch die Dilatation der Gefässe blieb nicht; sie war nach 24 Stunden so gut wie verschwunden. Er glaubt auch nicht, dass sie im Gehirn von Dauer sei, wie er überhaupt an die Erfolge dieser Operation nicht glaubt. Von neun Fällen hat er zwei Todesfälle, von denen der eine nach doppelseitiger Exstirpation im Anfall starb. Die Operation als solche hält er für ungefährlich; aber geheilt ist keiner worden.

Dr. Schlöss, Dr. Sternberg und Prof. v. Frankl-Hochwart über den Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie im Vereine für Psychiatrie und Neurologie in Wien (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 47). — Ueber das Salz in der Ernährung der Epileptiker von Dr. Toulouse (Gaz. des Hôp. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Ueber die diätetische Behandlung der Epilepsie von Dr. Bálint (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 23). — Prof. Braun über die Resection des Halssympathicus bei Epilepsie auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Münchener med. Wochenschrift Nr. 18).

**Ernährungstherapie und Diätetik.** Prof. Ranke (München) suchte in zwei Selbstversuchen, die Grösse der Calorienmengen festzustellen, welche zur Erhaltung des Körpergewichtes notwendig ist; jeder Versuch dauerte 30 Tage lang, der eine wurde im Januar, der andere im Juli angestellt. Die erhaltenen Zahlen stimmen fast genau überein. Verfasser brauchte im Winter 3140, im Sommer 3196 Calorien, um das Gewicht von 70 kg zu erhalten. Die Versuche bestätigen die Veit'sche Lehre, dass bei Temperaturen über 16° das Nahrungsbedürfniss bei steigender Aussenwärme nicht mehr abnimmt. Die Wasserausscheidung im Urin war im Sommer trotz etwas grösserer Wasseraufnahme geringer; Ranke berechnet, dass die Wasserverdampfung durch die Haut und Lunge 834 g oder 32% mehr betrug, als im Winter. Trotz des gleichen absoluten Nahrungsbedürfnisses war aber der Appetit im Sommer wesentlich geringer, als im Winter; Verfasser musste sich zu der Aufnahme der grossen Nahrungsmengen zwingen, er litt — gegen sonstige Gewohnheit — stark unter der Hitze und bekam schliesslich Magencatarrh. Dies scheint die bekannten Erfahrungen der Europäer im Tropenklima zu bestätigen, dass der Europäer germanischer Abkunft Temperaturen von ca. 25° an bei gleicher Arbeit und wenigstens annähernd gleicher Kleidung auf die Dauer nicht ohne Beeinträchtigung der Widerstandsfähigkeit seines Körpers aushalten kann.

Die Stoffwechselversuche, die Dr. Kövesi (Budapest) an zwei Greisinnen im Alter von 76 und 78 Jahren ausführte, liefern den Beweis, dass das Calorienbedürfniss des Körpers im Seinum ganz bedeutend herabgesetzt ist. Trotz einer Herabsetzung der Nahrungszufuhr, auf 25 Calorien pro Kilogramm Körpergewicht erfolgte bei einem Eiweissgehalte der Kost von nur 66 g Eiweiss noch ein Stickstoffansatz bei der einen Versuchsperson, die 45 kg wog. Bei der anderen von 61 kg Gewicht lag der Schwellenwert des Calorienbedarfes bei 20 Calorien pro Tag und Kilogramm. Offenbar ist auch der Eiweissbedarf im Greisenalter erheblich vermindert. Schon bei einem Eiweissgehalte von nur 67 g pro Tag trat ein nicht unbedeutender Eiweissansatz ein, obwohl die Kost nur 20 Calorien pro Kilogramm Körpergewicht enthielt. Es bestehen also eigentlich überaus günstige Bedingungen für die Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichtes und für den Stoffansatz im Greisenalter, so dass darin eine Erklärung für die senilen Involutionserscheinungen nicht zu finden ist. Auch für eine Verschlechterung der Ausnützung der Nahrung im Magendarmcanale, die man für die senile Atrophie hätte verantwortlich machen können, ergaben die Versuche keine Anhaltspunkte. Der Verlust der Eiweissubstanzen im Kote war nicht grösser als bei jungen Leuten und betrug in den einzelnen Stoffwechselperioden 2—7%. Es leidet offenbar im senilen Körper die eiweisspaltende Fähigkeit der Zellen, so dass schon mässige Eiweissmengen selbst unter günstigen Bedingungen, nämlich bei geringer Calorienzufuhr, nicht mehr bewältigt werden.

Digitized by Google

Dr. Schuhmann-Leclercq (Karlsbad) hat in zwei grösseren Versuchsreihen, welche er an sich selbst angestellt hat, den Einfluss der Nahrung auf die Acetonausscheidung beim Gesunden geprüft. Das Resultat seiner Untersuchungen fasst er dahin zusammen, dass der Umsatz von Fett im Körper wahrscheinlich die wesentlichste, wenn nicht die einzige Ursache der Acetonausscheidung ist, gleichviel, ob dies sich ausprägt in der Zerstörung von Körperfett oder Nahrungsfett, im Hunger, bei Fettkost, bei einseitiger Fleischkost, und dass die Kohlehydrate acetonhemmend wirken durch ihren grossen Einfluss auf den Fettstoffwechsel, indem sie, durch ihren Genuss, das labile Fett vor der Verbrennung zu Aceton schützen.

Dr. Gaudenz (Würzburg) stellte fest, dass beim Kauakt im Allgemeinen mittels eines guten Gebisses die vegetabilischen Nahrungsmittel sich besser zerkleinern liessen als die animalischen. Besonders waren beim Fleisch die Experimente schwierig, während z. B. gekochtes Eiweiss und Maccaroni sich recht gut eigneten. Die kleinsten Partikelchen, welche beim Kauakt erhalten werden, haben einen Durchmesser von 0,01 mm. Die gröbsten Teilchen, welche geschluckt werden, übersteigen einen Durchmesser von 12 mm nicht. Der Mundspeichel löst bereits nach einer halben Minute bedeutende Mengen unserer gewöhnlichsten Nahrungsmittel, z. B. Kartoffeln, Maccaroni; dagegen von Eiweiss, Fleisch u. s. w. wird nicht mehr gelöst, als sich auch im Wasser löst. Die Fähigkeit, stärkehaltige Nahrungsmittel in wasserlösliche Substanzen überzuführen, beruht auf der amylolytischen Wirkung des Ptyalins.

Bezüglich der Bedeutung des Kauaktes für die Magensaftsecretion stellen Dr. Schreuer und Dr. Riegel (Giessen) folgende Sätze auf: 1. Es ist erwiesen, dass der Kauakt als solcher für die Secretion des Magensaftes von Bedeutung ist. 2. Der Ausfall des Kauaktes macht sich in einem mehr oder minder grossen Defizit der Salzsäurewerte geltend, wenn es sich um die Aufnahme von Kohlehydraten handelt. 3. Bei der Aufnahme von Eiweissstoffen (Fleisch, hartgesottenes Ei) zeigt der normale (oder hyperacide) Magen ein anderes Verhalten als der subacide: a) der normale (oder hyperacide) Magen kann vermöge der intensiven directen Reizwirkung dieser Stoffe auf die Magenschleimhaut den durch Umgehung des Kauaktes bedingten Ausfall an Secret wieder ausgleichen; b) der subacide Magen ist zu dieser Leistung nicht fähig: bei ihm macht sich der durch Umgehung des Kauaktes bedingte Ausfall an Secret in deutlichen Differenzen bemerkbar, welche die Ausheberungswerte der per Sonde eingeführten Eiweissstoffe in Vergleich zu den in gewöhnlicher Weise gegessenen zeigen.

Ueber den Einfluss der Gewürze auf die Magenthätigkeit hat Prof. v. Korczynski (Krakau) Versuche angestellt. Auf Grund derselben behauptet Autor, es sei nicht statthaft, eine allgemein giltige Regel aufzustellen, dass die Gewürze (Pfeffer, Kren, Paprika) in jedem Falle secretionsbefördernd wirken, auch sind dieselben nicht ohne Weiteres in jedem Falle der secretorischen Schwäche zu empfehlen. Ein fortgesetzter Gebrauch der Gewürze schädigt die Verdauung. Auf die motorische Kraft scheinen die Gewürze günstig zu wirken.

Nachdem bereits früher im Prof. Pablow'schen Laboratorium zu St. Petersburg die Thatsache festgestellt wurde, dass Fettdarreichung die Magensaftsecretion hemme, unternahm es Dr. Wirschubski, die näheren Bedingungen dieser Erscheinung festzustellen. Es stellte sich heraus, dass bei gleichzeitiger Darreichung von Eiweiss und Fett zwei Phasen der Saftsecretion zu unterscheiden sind: Die erste, mit verminderter Ausscheidung einhergehend, wird plötzlich von der entgegengesetzten Phase erhöhter, resp. beschleunigter Secretion abgelöst. Die letzte Periode trat bei fetter Fleischnahrung erst nach 7 Stunden oder später ein, früher dagegen bei Gelbei und Milchkost. Ferner liefert Autor die experimentelle Bestätigung der klinischen Beobachtung, dass Fett ebenso wie Säure, besonders Salzsäure, die Motilität des Magens herabsetze. Bei gleichzeitiger Fütterung mit Kohlehydraten und Fett constatirte Verfasser völliges Fehlen einer

Digitized by Google

Periode beschleunigter Secretion. In Folge dessen plädirt er bei Zuständen von Hypersecretion für eine Diät, bestehend vorwiegend aus Fett und Mehl, als die experimentell rationellste. Die Fleischdiät wäre verkehrt. Pharmazeutisch käme noch Soda in Betracht, da es nach Pawlow die Secretion vermindert.

Interessante Betrachtungen über vegetarische Ernährung liefert Dr. Schoenstaedt. Autor hält allein diejenigen als richtige Vegetarianer, welche lediglich von Cerealien, Obst, Gemüse und Wasser leben und sich aller Nahrungsmittel, die von Tieren stammen, auch wenn sie ohne Schlachtung zu gewinnen sind, völlig enthalten. Die von Vegetariern aufgestellten Behauptungen, dass die erwähnte vegetarianische Ernährungsweise die dem Menschen zukommende natürliche sei, stellt Autor als unhaltbar hin, da mit dieser Ernährung schwere Gefahren für den Gesammtorganismus verbunden sind. Vom sanitätspolizeilichen Standpunkt ist die vegetarische Ernährung unzulässig in geschlossenen Anstalten und bei Leuten, die sich in einem Zwangsverhältniss befinden. An solchen Leuten, wollte man sie vegetarisch ernähren, würde man nach Autor langsam die Strafe des Verhungerns vollziehen.

Dr. Albu (Berlin) sprach in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin über seine Erfahrungen mit der vegetarischen Kost als Heilmittel. Sie hat sich ihm, vorsichtig durchgeführt, wo es nötig schien, unter Hinzufügung von Milch und Roborat, gut bewährt bei functionellen Nervenkrankheiten, gegen Neuralgien und neurasthenische Erscheinungen, namentlich Magen- und Darmneurosen, Superacidität, Colitis mucosa, Verstopfung u. s. w. Ferner kann sie mit Vorteil angewandt werden bei Fettleibigkeit, bei Diabetes, bei Gicht, bei nervösen Herzstörungen, bei Basedow'scher Krankheit, bei chronischer Nephritis, bei Hautkrankheiten.

Prof. Rosenheim (Berlin) rät der vegetarischen Diät Milch und Eier zuzusetzen. Diese lacto-vegetabilische Diät habe er seit Langem bei Magendarmkrankheiten mit gutem Erfolg verwendet. Sie sei nur beim diffusen Dünndarmcatarrh contraindicirt, angezeigt dagegen bei manchen Carcinomen und Ulcusfällen, namentlich solchen mit starker Hyperästhesie und Hyperacidität, Magensaftfluss, Pylorospasmen, verschiedenen Dickdarmerkrankungen etc. und endlich bei Obstipation reizbarer Neurastheniker, wo diese milde Form geeigneter sei, als die Anwendung grober, die Darmspasmen steigernder vegetabilischer Kost.

Diesen Standpunkt teilt auch Prof. Senator, welcher als eine weitere Indication noch die nervöse Schlaflosigkeit hinzufügte; auch bei manchen Hautkrankheiten, so bei Psoriasis und bei Furunculose, sah er mitunter überraschende Erfolge, wenn andere Massnahmen fehlgeschlagen hatten.

Prof. Fürbringer, der im Uebrigen den strengen Vegetarianismus auch für wertlos hält, hat diese Kost oft mit Vorteil bei Neurasthenikern, speciell bei Sexualneurasthenikern, verordnet, allerdings handelt es sich meist um Personen, welche früher ein Uebermaass an Fleischnahrung zu sich genommen hatten.

Mit diesen Erfahrungen im Widerspruch sind die Beobachtungen, welche Dr. Baelz in Japan gemacht hat. Dort gibt es im Inneren des Landes Millionen von Menschen, welche aus Gewohnheit oder Zwang, weil weder Fleisch noch Milch zu beschaffen ist, reine Vegetarianer sind und sich doch durch viele Generationen hindurch kräftig und leistungsfähig erhalten haben. Für die Beurteilung dieser Frage sind nicht chemische Stoffwechselprüfungen allein ausschlaggebend, sondern es müssen auch physiologische Leistungsprüfungen mit herangezogen werden. Einen solchen Versuch stellte Baelz bei zwei Männern an, die einen 80 kg schweren Mann täglich 40 km weit im Dauerlauf ziehen mussten; sie erhielten genau zugemessene vegetarische Kost; nach vier Tagen war das Körpergewicht bei dem einen das gleiche geblieben wie früher, bei dem anderen um ½ Pfund gestiegen; jetzt wurde ihnen auch Fleisch gegeben, das sie sehr gern assen, aber nach drei Tagen baten sie, dass es ihnen abgenommen würde, da sie sich matter fühlten und nicht so gut laufen konnten; sie setzten dann bei vegetarischer Kost ihre Arbeit 21 Tage lang fort und konnten

Digitized by Google

am 22. Tage das Doppelte leisten, wie zu Anfang. Die Nahrung, welche die Versuchspersonen erhielten, enthielt an Fett weniger als die Hälfte und an Eiweiss nur 60—80% von dem, was Voit für notwendig hält, dagegen reichlich Kohlehydrate. Daraus folgt, dass das Voit'sche Eiweisspostulat um 20—40% zu hoch gegriffen ist, und dass sich Fett aus Kohlehydraten bildet. Wenn auch die japanische Diät völlig ausreichend ist, so nimmt doch der Japaner sehr gern Fleisch zu sich, wenn er es sich beschaffen kann. Er gewöhnt sich auch nicht allzuschwer an reine Fleischnahrung, wie Baelz an Diabetikern feststellte, dagegen gewöhnt sich der Europäer sehr schwer an die im Innern Japans übliche Ernährung.

Prof. v. Leube (Würzburg) glaubt durch die Combination der rectalen und subcutanen Ernährung die natürliche Ernährung völlig ersetzen zu können. Bezüglich der Rectalernährung befürwortet er am meisten die Anwendung von rohen Eiern unter Zusatz von etwas Kochsalz. Bei Injection von nicht mehr als sechs Eiern hat er niemals das Albumin dabei direct in den Harn übergehen lassen. Jeder neuen Eierzufuhr soll ein gründliches Reinigungsklystier voraufgehen zur Entfernung der etwa zurückgebliebenen in Fäulniss übergegangenen Eier etc. Unter den Kohlehydraten hält er Amylum (50—100 g auf 300 g Wasser) das verhältnissmässig gut ausgenutzt wird, und Zucker (nicht mehr als 15—20 g auf 300 g Flüssigkeit) für rationelle Ingredientien der Nährklysmen. Fett an sich wird vom Mastdarm nur in ganz geringen Mengen von etwa 10 g pro die resorbirt; durch Vermischung mit gehackter frischer Pankreassubstanz kann man 20—50 g Fett zur Resorption bringen. Ausser dem Fett kann man auch Fleischpurrée u. dergl. mit Pankreas vermischt zu Nährklysmen hinzusetzen. Auch die Milch wird zweckmässig verwandt, wenn auch die dadurch erreichte Zufuhr von 100—150 Calorien in 250—300 g nicht allzu gross ist. Als zweckmässigste Formen der Nährklysmen empfiehlt v. Leube folgende Vorschriften: I. Peptonklystiere. 60 g Pepton auf 300 g Milch. II. Eierklystiere. 3 Eier in 300 g Milch eingequirlt mit 3 g Kochsalz. III. Amylumklystiere. 60 g Amylum auf 300 Milch. IV. Pankreasfleischklystiere. 60 g Pankreas mit 200 Fleisch (ev. 40 g Fett). Mit jeder dieser Mischungen werden 300—450 Calorien eingeführt. Man kann auch Combinationen der verschiedenen Formen vornehmen, als welche sich ihm am besten bewährt haben: V. Eieramylumklystiere. 300 g Milch, 3 Eier, 3 g Kochsalz, 40 g Amylum (= 550 Calorien). Die subcutane Ernährung mit Eiweisssubstanzen und Kohlehydraten ist bisher undurchführbar. Glykogenlösungen werden gut resorbirt und assimilirt, aber das Material ist noch zu kostbar. Zweckmässig sind dagegen die von Leube selbst vor vier Jahren mit Erfolg eingeführten Oelinjectionen. Man kann sie in verschiedener Weise anwenden. Man lässt 50—100 g lauwarmes durch Kochen sterilisirtes Oel langsam in circa 1 Stunde aus einem mit Watte verschlossenen Trichter einlaufen oder injicirt es mit einer grösseren Pravazspritze in Dosen von 5—10 g an verschiedenen Körperstellen subcutan. Im ersten Falle wird von dem Kranken die Spannung der Haut, in letzterem Falle mehr der Schmerz an den Einstichstellen unangenehm empfunden. Durch Combination der Rectalernährung mit der Oelinjection kann man die tägliche Calorienzufuhr bis auf 2000 erhöhen, und somit — theoretisch wenigstens — die natürliche Ernährung völlig ersetzen.

Seine Erfahrungen über extrabuccale und speciell rectale Ernährung teilt Dr. Vetlesen (Christiania) mit. Seit sechs Jahren hat Autor in den meisten Fällen von Ulcus ventriculi die Rectalernährung mit gutem Erfolg herangezogen und glaubt dadurch dem Kräfteverfall, den die Unterernährung der Cur sonst leicht bedingt, wirksam vorgebeugt zu haben. Am ausführlichsten berichtet Autor über einen Fall von Oesophaguscarcinom mit Divertikelbildung. Die 60jährige Patientin, die die Operation verweigerte, konnte durch ausschliessliche Anwendung von Nährklystieren und subcutane Zufuhr von Oleum olivarum — täglich zwei Spritzen à 10 g — drei Monate am Leben erhalten werden. Die Klystiere bestanden der Regel nach aus 200, höchstens 250 g Milch,

Digitized by Google

1—2 Eigelb, 1 Esslöffel Portwein, eine Messerspitze Kochsalz und 10 Tropfen Opiumtinctur. Vetlesen empfiehlt dringend dem Wasserbedürfniss des Organismus gleichzeitig durch rectale Zufuhr grösserer Mengen von Kochsalzlösung Rechnung zu tragen.

Dr. Lebbin (Berlin) stellte Versuche über den Nährwert der Hühnereier an, die ergaben, dass die Eier mit Recht so hoch geschätzt werden, wie das gemeiniglich geschieht. Besondere Beachtung verdient es, dass wir bei der verhältnissmässig sehr günstigen Ausnützung der Lecithine im Dotter in den Eiern wahrscheinlich über ein Mittel verfügen, um dem nervös erschöpften Körper schnellen und guten Ersatz seiner Nervensubstanz zu ermöglichen.

Nach Dr. Boureau ist es zweckmässig, der Milch 3—4 g Kochsalz pro Liter zuzusetzen. Der Geschmack wird dadurch kaum beeinflusst. Die Milch enthält nämlich sehr wenig Chlornatrium; durch eine fortdauernde Milchdiät findet somit eine Ausschwemmung von Chlornatrium aus dem Organismus statt und es ist notwendig, demselben das künstlich zu ersetzen, was ihm auf dem Wege der Nahrung nicht gebracht wird. Was die Eiweissausscheidung anbelangt, so verursacht nach Boureau die Eierkost weniger Albuminurie, als die Milchdiät. Eine Kost, welche aus Milch und Eiern besteht, hat oft eine geringere Eiweissausscheidung zur Folge, als eine ausschliessliche Milchkost. Es ist notwendig, die Milchmenge zu beschränken. Zu grosse Quantitäten überbürden die kranke Niere, steigern den Gefässtonus und haben schliesslich eine Nachwirkung auf das Herz. Die Eiweissausscheidung scheint nach dem Genuss von Fisch zuzunehmen. Unter den Vegetabilien geben Kartoffeln, Blumenkohl und Reis am wenigsten Eiweiss. Selten hat Zusatz von Brot zur Milchdiät eine Zunahme des Harneiweisses zur Folge.

Wie Dr. Schreiber (Göttingen) ausführt, lässt sich frisches, aus der Magermilch gewonnenes Caseïn im Verhältnisse von 1 : 2 Mehl sehr leicht zu einem Brot verbacken, das sich im Aussehen und Geschmack von gewöhnlichem Brote gar nicht unterscheidet. Da dieses Caseïn verhältnissmässig recht billig ist, so kommt das kg Caseïnbrot nur etwa 5 Pfennige teurer als das kg gewöhnlichen Brotes, sein Eiweissgehalt ist aber um über 20% grösser. Autor meint, dass das Caseïn der Magermilch in dieser oder in ähnlicher Form wohl am geeignetsten ist zur Aufbesserung der Ernährung im Einzelnen und Allgemeinen.

Die österr.-ung. Tropon- und Nährmehlwerke von Dr. Röder & Co., Klosterneuburg stellen aus Tropon folgende Nährpräparate her: 1. Nährsalztropon, 2. Eisen-Tropon, 3. Tropon-Cacao, 4. Tropon-Reform-Gebäcke (Tropon-Brot, -Nähr-Zwieback, -Bisquit, -Cakes), 5. Tropon-Kindernährmehl.

Dr. Grün und Dr. Braun (Wien) geben Bericht über die Versuche, welche sie mit Tropon, in einer Reihe von 54 Kranken auf der Abteilung von Dr. Redtenbacher im Allgemeinen Krankenhause angestellt haben. Tropon ist ein gelbbraunes Pulver von mehlartiger Consistenz, im Wasser unlöslich, nicht hygroscopisch, besitzt keineswegs unangenehmen Geschmack ist völlig geruchlos, und enthält neben 91,7% Eiweiss, 0,17% Eisen. Verfasser sahen nach Tropondarreichung Kräftigung des Allgemeinzustandes und Appetitzunahme, in 46 Fällen Gewichtszunahme von 1—8 kg. Sie fassen ihre Erfahrungen aus den mehrmonatlichen Troponversuchen dahin zusammen, dass 1. das Tropon selbst in grösseren Mengen (es wurde selbst bis zu 150 g pro die in einem Falle, durchschnittlich zu 40—60 g gegeben), ohne Widerwillen von den Kranken genommen wurde. Auch hatte es selbst bei längerem Gebrauche keine unangenehmen Nebenwirkungen. 2. Dass es vom Darme zum grössten Teile resorbirt wird und im Stande ist, sowohl bei acuten, als auch bei chronischen Erkrankungen den Stickstoffbedarf des Körpers zum grossen Teile zu decken. 3 An Wirksamkeit steht Tropon keinem anderen Nährpräparate nach, übertrifft dieselben aber an Billigkeit.

Dr. Daxenberger (Regensburg) verwendet seit ca. einem Jahre die Mutase, ein von der chemischen Fabrik vorm. Weilerter-Meer in Nerdingen a. Rh. hergestelltes Pflanzeneiweiss-Präparat, als Nährmittel bei einer Reihe von Verdau-

Digitized by Google

ungskrankheiten, bei Anomalien des Stoffwechsels und Blutes, bei Nieren- und functionellen Nervenerkrankungen. Als diätetisches Präparat empfiehlt es Autor auch in der Kinderheilkunde. Die besten Dienste leistet die Mutase nach Autor aber immerhin bei herabgekommenen Individuen mit geschwächter Ernährung, wo es sich handelt, den Kräfte- und Ernährungszustand zu heben und einem schwachen Verdauungstractus wieder aufzuhelfen. Was die Darreichung von Mutase anlangt, so wird mehrmals täglich ein Kaffeelöffel davon leicht verdaulichen Nahrungsmitteln (wie Bouillon, Milch, Cacao) zugesetzt, fein verrührt und kurz aufgekocht gereicht. Sie kann auch als Zusatz dienen zu fast jeder anderen Speise, zu den verschiedensten Suppen, Saucen, Braten, Klössen, Puddings, und wird deren Wohlgeschmack und Nährwert dadurch nur erhöht, ohne dass aber an die Verdauungsorgane erhöhte Anforderungen gestellt würden. Auch zur Verarbeitung für Gebäcke (Brot, Cakes, Kuchen, Bisquits) eignet sie sich gut.

Dr. Brat hat aus Leim durch Behandeln mit Salzsäure ein lösliches, nicht gelatinirendes, aber auch nicht durch Membranen diffundirendes Leimpräparat hergestellt, welches chemisch eine Deuterogelatose ist, und welches er Gluton nennt. Durch Stoffwechselversuche hat er festgestellt, dass es dieselben nährenden Eigenschaften wie der Leim selbst hat, und einen gewissen Teil des Eiweisses in derselben Weise ersetzen kann, wie die eigentlichen Eiweisspräparate. Für Diabetiker empfiehlt er das Gluton besonders, weil der Leim keine kohlehydratbildende Gruppe besitzt, und die Versuche von Blumenthal und Wohlgemuth gezeigt haben, dass Frösche nach Glutonfütterung kein Glykogen in der Leber ansetzen.

Dr. Hallion und Dr. Carrion berichten über die Indicationen der Kefirdiät. Die wichtigste und häufigste Anzeige bildet wohl die Lungenphthise. Neben der Hebung der Ernährung und der Besserung des Allgemeinzustandes hat der Kefir bei dieser Krankheit die wichtige Wirkung, das Erbrechen und die Diarrhoe, die so häufig bei Phthisikern vorhanden sind, zum Verschwinden zu bringen. Als Contraindication der Kefircur gilt manchen Autoren die Hämoptyse. Ferner wird der Kefir bei fast allen Verdauungskrankheiten empfohlen. Bei Krankheiten des Circulationsapparates mit Stauungserscheinungen im Venensystem ist das Kefirregime im Allgemeinen contraindicirt. Von Nutzen ist es dagegen bei chronischen Bronchialcatarrhen, weil sich unter dem Einfluss des Kefirs die Sputa verflüssigen und die Expectoration erleichtert wird. Auch bei Nierenleiden, besonders beim Morbus Brightii und verschiedenen Diathesen, wie bei Gicht, bei Nieren- und Gallensteinen, sowie bei chronischem Rheumatismus ist der Kefir vielfach mit Erfolg angewendet worden. Ein ausgedehntes Feld findet die Kefircur bei Ernährungsstörungen der verschiedensten Art, so bei Anämie und Chlorose, bei Carcinom, chronischen Infectionen, bei zögernder Reconvalescenz nach den mannigfachsten chirurgischen und inneren Erkrankungen. Endlich ist durch Monti u. A. der Kefir auch bei den acuten und chronischen Diarrhöen der Kinder empfohlen worden. Man hat ihn selbst Säuglingen von sechs Monaten und darunter ohne Schaden gegeben. Er ist indicirt, wenn selbst bei stark verdünnter Kuhmilch auch in den schwächsten Dosen die Diarrhöen fortdauern.

Dr. Markl (Wien) hat 43 Butter- und Margarineproben aus Wiener Verkaufsstellen zur Untersuchung verwendet, indem er Meerschweinchen die centrifugirten Fette injicirte. Es ergab sich hiebei, dass echte Tuberculose in keinem einzigen Falle zur Entwicklung gelangte. Nur bei einem einzigen Tiere wurden an Tuberculose erinnernde Erscheinungen gefunden. Das betreffende Meerschweinchen wies eine pathogene und relativ säurefeste Bakterienart auf, welche einen der Tuberculose ähnlichen Process hervorrufen kann. Es zeigten sich im Netz miliare grauweisse Knötchen und Verkäsungen.

Dr. Gottstein und Dr. Michaelis (Berlin) stellen fest, dass schon eine Erhitzung von fünf Minuten des mit virulenten Tuberkelbacillen inficirten Oeles auf 87° C. genügt, um dasselbe zu sterilisiren; und dass demgemäss auch das Vorkommen

Digitized by Google

von Tuberkelbacillen im Fett praktisch von untergeordneter Bedeutung ist, da die zur Ausschmelzung der Fette erforderliche Temperatur zum Mindesten einen entwicklungshemmenden Einfluss auf eventuell vorhandene Tuberkelbacillen hat.

Durch viele Beispiele aus der Litteratur beweist Dr. Abel, dass die zur Conservirung von Nahrungsmitteln benützten Bor-, Salicyl- und schwefligen Säuren, wie alle chemischen Antiseptica, keine gesundheitlich gleichgiltigen Substanzen sind. Ein mit ihnen conservirtes Lebensmittel kann Mengen von ihnen enthalten, die dessen Genuss gesundheitsschädlich machen. Aber auch wenn vielleicht das einzelne Nahrungsmittel nicht eine zur Gesundheitsschädigung ausreichende Menge enthält, so können bei Aufnahme mehrerer derartiger Nahrungsmittel gesundheitsschädigende Quantitäten der Conservirungsmittel dem Körper zugeführt werden. Ueberdies sind die chemischen Antiseptica aus hygienischen Gründen zu verwerfen. Weil man sich zu sehr auf ihre Wirkung verlässt, wird der Herstellung und Aufbewahrung der Nahrungsmittel nicht die nötige Sorgfalt und Reinlichkeit gewidmet. Sie täuschen ferner Unschädlichkeit der Nahrungsmittel selbst dann noch vor, wenn sich in diesen durch Zersetzung gesundheitsschädigende Substanzen gebildet haben. Abel hält eine gleichmässige gesetzliche Regelung des Gebrauches der Nahrungsconservirungsmittel für notwendig.

Dr. Ballner's Untersuchungen haben ergeben, dass durch Zusatz von 150 mg Chlorkalk und vier Tropfen Salzsäure oder von 0,2 ccm Brom-Bromkalilösung und 1 %iger Lösung Natriumsulfit verunreinigtes Wasser keimfrei zu machen sei. Proben der sterilisirten Flüssigkeit wurden der Controlle durch Gelatine- und Bouilloncultur unterzogen. Das Chlorkalkverfahren stellt sich billiger als das mit Brom. Praktisch wurde das Verfahren folgendermaassen verwertet: 2,25 g Chlorkalk werden mit wenig Wasser zu einem dünnen Brei verrührt und dieser dann unter ständigem Umrühren zu 15 Liter Wasser zugesetzt; darauf wird Salzsäure eingetragen, wodurch sich das getrübte Wasser klärt; nach zehn Minuten werden unter Umrühren 4,5 g krystallisirtes Natriumsulfit zugesetzt, welches den Geschmack nach Chlor gänzlich beseitigt. Das Wasser ist sodann für den Consum geeignet.

Bezüglich der Ernährung gesunder Kinder gibt Prof. Czerny (Breslau) folgende Ratschläge. Am ersten Lebenstage soll das Kind überhaupt keine Nahrung bekommen, in den nächsten Tagen sollen ihm 3—4 und erst später 5 ausnahmsweise 6 Mahlzeiten in 24 Stunden gereicht werden. Brustkindern gibt Czerny vom Ende des sechsten Monats an eine Beikost, und zwar einmal am Tage statt der Milch eine Suppe: Fleischbrühe aus ¼ Pfund Fleisch (Rind-, Kalbfleisch, Geflügel) mit feinem Gries dünnbreiig gemacht, ohne Fett. Knochen sind gut zur Suppe, Extracte schlecht. Bei dem Uebergange von der Frauenmilch zur Kuhmilch versetzt Czerny die letztere mit einer Mehlabkochung, da er eben auf eine frühzeitige reichliche Darreichung von Kohlehydraten besonderen Wert legt. Doch mahnt er zur Vorsicht, da gerade in der Zeit der Entwöhnung die Gefahr der Ueberernährung besonders gross ist. Ist die Milchbildung bei der Mutter schwach, so ist Czerny für ein „Allaitement mixte", d. h. für Brustnahrung, so viel da ist, und Zugabe von Kuhmilch, oft kommt man auch bei recht dürftigen Brüsten mit einer künstlichen Nahrung in 24 Stunden lange Zeit gut aus. Als besten Ersatz der Muttermilch ist die Kuhmilch anzusehen. Czerny empfiehlt einmaliges kurzes Aufkochen, nicht länger als zehn Minuten, dann schnelles Abkühlen und Aufbewahren bei einer Temperatur von 10°, jedoch nicht länger als 24 Stunden. Zu lange gekochte, zu gründlich sterilisirte Milch, „Dauermilch", hat seiner Erfahrung nach häufig Barlowsche Krankheit zur Folge. Auch hier bleibt er von der zweiten Woche an bei fünf Mahlzeiten in 24 Stunden; die Mahlzeit beträgt 100 ccm, jeder Mahlzeit wird ein Kaffeelöffel voll Milchzucker hinzugefügt, man nimmt in der ersten Zeit möglichst fette Milch, später magere, die Verdünnung beginnt mit 1:2 Wasser und wird allmählich veringert, so dass bei

Digitized by Google

gleichzeitiger Zunahme der Mahlzeiten das Kind mit Abschluss des ersten Lebensjahres höchstens einen Liter Milch in 24 Stunden zu sich nimmt, mehr niemals. Vom vierten Monate an versetzt Czerny die Milch statt mit der Milchzuckerlösung mit einer anfangs dünnen, später dickeren Abkochung von Weizen-, Hafer- oder Maismehl, nach dem sechsten Monate gibt er auch diesen Kindern täglich einmal Fleischbrühe mit Gries und gegen Ende des ersten Lebensjahres bekommen die Kinder nach der Suppe ein paar Kaffeelöffel Spinat oder Carottenmus. Von fertigen Milchpräparaten scheint Czerny die Gärtner'sche Milch am besten, vorausgesetzt, dass sie nicht zu stark und zu lange erhitzt ist. Im zweiten Lebensjahre soll die Milch die Hauptnahrung bleiben, aber täglich ein Liter in vier Portionen ist vollkommen ausreichend, daneben Kohlehydrate. Man gibt fünf Mahlzeiten. Zweimal je 250 ccm Milch mit Gebäck (Zwieback, Semmel) ohne Butter, zweimal je 250 ccm Milch ohne Backwerk; die fünfte Mahlzeit besteht aus Fleischbrühe mit Gries, Reis, Graupen, Nudeln u. s. w., danach Gemüse in zunehmender Menge. Eier, Fleisch sind unnötig, da der Liter Milch den Eiweiss- und auch den Fettbedarf des Kindes deckt. Erst mit dem Ende des zweiten Jahres beschränke man die Milch auf eine kleine Menge zum ersten Frühstück und gebe Fleisch, Eier u. s. w., mit dem dritten Jahre soll ein Kind dieselben Dinge essen, wie ein Erwachsener, man gewöhne es aber auch hier rechtzeitig an Maasshalten, drei Mahlzeiten am Tage sind ausreichend.

Prof. Jacobi (New-York) zieht nach einer reichlich 40jährigen Erfahrung die Milchsterilisirung im Hause bei der Säuglingsernährung der fabrikmässigen Sterilisirung vor. Er empfiehlt Sterilisiren zehn Minuten lang oder Pasteurisiren 15—20 Minuten lang möglichst bald nach dem Melken. Ein Nachteil der Ernährung mit sterilisirter Milch ist das Auftreten des kindlichen Scorbut, der aber noch andere Ursachen hat. Von Milchzucker hält Jacobi nicht viel, sondern verwendet Rohrzucker. Die Ansicht, dass Milchzucker isodyname Mengen Fett vertreten könne, hält er für abenteuerlich, den Zusatz von Fett zur verdünnten Kuhmilch für schädlich. Jacobi ist für Verdünnung der Kuhmilch mit schleimigen Abkochungen von Graupen- und Hafermehl unter Zusatz von Kochsalz und Rohrzucker. Dem Neugeborenen gibt er $^1/_4$—$^1/_6$ Milch. Dann steigt er allmählich auf $^1/_2$ Milch im sechsten Monat. Er glaubt, dass die Milch durch die Verdünnung leichter verdaulich werde. Die Zuführung der grossen Wassermengen hält er nicht für schädlich. Jacobi ist mit seinen Erfahrungen zufrieden, obwohl auch seine Methode nicht unfehlbar ist. Das ist aber nicht einmal die Muttermilch.

Statt des Milchzuckers empfiehlt Prof. Soxhlet den von der Nährmittelfabrik München (in Pasing) hergestellten Nährzucker bei der Säuglingsernährung. Die Anwendung geschieht in der Weise, dass man dem Milch-Wassergemisch pro $^1/_{10}$ l Milch einen gehäuften Kaffeelöffel (circa 10 g) beisetzt. Der Nährzucker genügt weiter einer zweiten Forderung: Die Kuhmilch besitzt verhältnissmässig zu wenig Chlor, damit deren Kalksalze im Säuglingsmagen vollständig gelöst werden; es sollte der Milch pro 1 l 1,6 g Kochsalz zugesetzt werden, was gewöhnlich nicht geschieht. Der Nährzucker enthält auch die entsprechende Menge Chlornatrium. Beiden Bedingungen wird auch die „verbesserte Liebig-Suppe" gerecht, die von der gleichen Fabrik hergestellt wird.

Dr. Salge teilt die Erfahrungen mit, welche mit der Buttermilch auf der Säuglingsstation der königlichen Charité in Berlin gemacht wurden. Nach diesen Erfahrungen hält Salge die Buttermilch für gut geeignet 1. als erste Nahrung nach acuten Verdauungsstörungen leichter und schwerer Art für Säuglinge jeden Alters, 2. verdient diese Nahrung bei Atrophie versucht zu werden, und 3. leistet sie Gutes als Beigabe zur natürlichen Nahrung beim sogenannten Allaitement mixte, hier besonders in einer Combination mit Malzsuppe. Die Buttermilch, wie sie in der Charité verwendet wird, wird aus saurem Rahm gewonnen und enthält durchschnittlich 0,5—1,0% Fett, 2,5—2,7% Eiweiss und 2,8—3% Zucker, die Acidität beträgt 7. Der Nährwert beträgt in Calorien ausgedrückt (nach directer Ver-



Digitized by Google

brennung durch Rüben) 714 Calorien, ist demnach ein ziemlich hoher, so dass schon mittlere Quantitäten genügen, um den Energiebedarf eines Säuglings zu decken. Ein wichtiges Postulat ist, dass die Buttermilch frisch ist, sie darf bis zum Verbrauch nicht älter als höchstens 24 Stunden nach dem Buttern sein. Die Fäces der Säuglinge nach Buttermilchgenuss sind gebunden, beinahe normal, viel Buttersäurebakterien enthaltend. Die Nahrung wird so zubereitet, dass zur Buttermilch noch 75 g Mehl und 60 g Rohrzucker zugesetzt werden, und das Gemisch dann langsam bis zum dreimaligen Aufwallen erhitzt wird. Durch allerdings noch nicht abgeschlossene Resorptionsversuche hat sich ergeben, dass das Fett der Buttermilch bis auf 93% und das Eiweiss bis auf 89% vom Säugling ausgenutzt wird. Ein grosser Vorzug der Buttermilch besteht in ihrer Billigkeit, ein Liter stellt sich auf 15 Pfennig. Bisher wurden in der Säuglingsabteilung 119 Fälle mit Buttermilch behandelt. 85 mit gutem Erfolg.

Wie Dr. Klemm behauptet, ist die Eselsmilch ein wichtiges Nahrungsmittel für gesunde Säuglinge der ersten beiden Lebensmonate. Auch ist die Eselsmilch ein hervorragendes Nahrungsmittel für magendarmkranke Säuglinge überhaupt. Sie übertrifft als solches die Kuhmilch, weil sie ein zuverlässiges, von der Natur selbst im Euter der Eselin keim- und toxinfrei zusammengesetztes und erhaltenes Gemenge darstellt, und weil sie — Musterwirtschaft vorausgesetzt — roh, als lebende Milch, unzersetzt, uncoagulirt genossen werden kann. Sie übertrifft hierin aber auch die Frauenmilch, weil sie schneller als diese das Erbrechen beseitigt, schneller den Appetit, den Kräftezustand, das Allgemeinbefinden und das Körpergewicht hebt und weil sich ihre Wirksamkeit als Diäteticum nicht wie bei der Frauenmilch nur auf das erste Lebenshalbjahr, sondern auf das ganze Säuglingsalter erstreckt.

Zur Ernährung von kranken Säuglingen eignet sich nach Dr. Keller die Malzsuppe, die am besten so bereitet wird, dass auf einen Liter Suppe 50 g Weizenmehl, 100 g Loefflund'sches Malzsuppenextract, ½ Liter Kuhmilch und ½ Liter Wasser genommen werden. Ihre Hauptindication hat sie in solchen Fällen von chronischen Ernährungsstörungen, bei denen eine Atrophie im Entstehen begriffen ist oder bereits mehr oder weniger lange Zeit besteht. Contraindicirt ist die Malzsuppe da, wo ein Kind längere Zeit hindurch fast ausschliesslich mit Mehl- oder Schleimsuppe gefüttert worden ist, ferner beim Bestehen acuter heftiger Magen-Darmerscheinungen. Im Allgemeinen reicht der Nährwert eines Liters Malzsuppe aus, um den Nahrungsbedarf eines Säuglings von 5 kg Körpergewicht zu decken.

Dr. Tittel stellte an Prof. Frühwald's Kinderpoliklinik in Wien die Bedeutung des Siebold'schen Milcheiweisses (Plasmon) für die Kinderernährung durch eine bei einer grösseren Zahl Säuglinge systematisch erfolgte Verabreichung zur Kuhmilchnahrung fest. Die Nutzanwendung, welche sich aus seinen Beobachtungen ableiten lässt, ist folgende: Man gebe das Plasmon nur bei Unterernährung der Kinder, im Allgemeinen lieber bei Säuglingen in späteren Wochen und Monaten und nur in für das Alter entsprechenden, d. h. kleinen Gaben, z. B. drei Kaffeelöffel; für ältere (6 bis 10monatliche) Säuglinge bei sehr guter Verdauung, kann man eventuell — unter verlässlicher Beaufsichtigung der Verdauung — pro Mahlzeit bis zu einer Messerspitze voll geben, doch ist bei Unruhe, eintretender Verstopfung das Plasmon auszusetzen, beziehungsweise gebe man in der Dosis zurück. Denn die nachfolgende Diarrhoe ist bereits ein Zeichen der Selbsthilfe des Darmes, dass zu viel gegeben wurde.

Bei der Behandlung acuter Ernährungsstörungen des frühen Säuglingsalters wandte Dr. Gregor (Breslau) 2% Gelatinelösungen in 3—4stündigen Pausen als ausschliessliche Nahrung an. Die Beobachtungen an 12 Kindern zeigen übereinstimmend, dass der Leim auch für den Säugling ein leicht resorbirbarer und assimilirbarer Nahrungsstoff ist, dass er auch beim kranken Kinde das zu leisten vermag, was Stoffwechselversuche ergeben haben, nämlich das Nahrungseiweiss zum

Digitized by Google

Körperansatze disponibel zu machen. Aber selbst kleine Mengen von Leim scheinen für den kindlichen Darm nicht indifferent zu sein, selbst unter sehr günstigen Verhältnissen. Durch die Leimzufuhr wird wahrscheinlich ein Entzündungsprocess im Darmtractus bedingt, sei es durch den Leim selbst oder durch die intermediären Stoffwechselproducte.

Dr. Hippius (Moskau) hält die Annahme für berechtigt, dass stark erwärmte Milch für praktische Zwecke der Ernährung von Kranken und Kindern als genügend sterilisirt betrachtet werden kann. Zur starken Erwärmung der Milch gibt es vorläufig nur einen Apparat von Oppenheimer; ausserdem wurde in der letzten Zeit festgestellt, dass man zu demselbem Zwecke die sogenannten Thermophore verwenden kann. Durch eine Reihe von Untersuchungen ist festgestellt worden, dass in der Milch, die 10 Stunden im Thermophor gestanden hat, nicht nur keine Vermehrung der Bakterien, sondern im Gegenteil eine auffallende Verringerung beziehungsweise vollständiges Verschwinden derselben wahrzunehmen ist, ganz gleich, ob die Milch roh war oder zuvor stark erwärmt wurde. In dem bezeichneten Zeitraume erfährt die Milch auch nicht die geringste Zersetzung, so dass man die Milchthermophore durchaus empfehlen kann, um die für die Säuglinge bestimmte Milch warm zu halten. Hippius construirte einen Apparat zur starken Erwärmung der Milch im Haushalte, der zugleich die Möglichkeit einer gründlichen bequemen Pasteurisirung und einer Aufbewahrung der Milch bei einer für den Säugling zweckmässigen Temperatur gewährt.

Die Fehler der gebräuchlichen Saugflaschen erörtert Prof. Schmidt (Bonn). Um dieselben zu vermeiden kommt es nach Autor in erster Linie darauf an, ein Ventil anzubringen, welches die Luft an anderer Stelle in die Flasche eintreten lässt als die Milch austritt, um die Druckschwankungen beim Saugen auszugleichen und das gefährliche Mitschlucken von Luft zu verhüten; ferner muss das Ventil regulirbar sein, damit man den Lufteintritt durch das Ventil leichter oder schwerer und dadurch die Entleerung der Flasche schneller oder langsamer gestalten kann, da ja die Saugkraft der einzelnen Säuglinge grosse individuelle Unterschiede zeigt, ferner auch nach dem Alter verschieden ist. An der Spitze des Saugstopfens darf dann aber kein weiterer grösserer Widerstand für die Saugbewegung entstehen, aber auch keine freie Oeffnung vorhanden sein, welche den Eintritt von Luft in die Flasche gestattet; es dürfen deshalb an der Spitze keine Löcher, sondern nur Schlitzöffnungen vorhanden sein. Endlich dürfen die Saugstopfen nicht collabiren; man darf daher die Wandstärke nicht zu schwach wählen. Auf Grund dieser Erwägungen liess Autor einen Saugstopfen anfertigen, der sich ihm bei seinen bisherigen Versuchen sehr gut bewährte.

Eingehende Belehrung über die Diätetik des Kindesalters im Allgemeinen und die Ernährung des kranken Kindes im Besonderen bietet dem Arzte das Buch von Dr. Hauser: Grundriss der Kinderheilkunde.

In populärer Weise als Ratgeber für Mütter und Pflegerinnen behandelt die Pflege und Ernährung des Säuglings ein Büchlein, dessen Verfasser Dr. Friedmann (Beuthen) ist.

Der Nahrungsbedarf im Winter und Sommer gemässigten Klimas von Prof. Ranke (Zeitschr. f. Biol. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 8. Heft). — Ueber den Eiweissumsatz im Greisenalter von Dr. Kövesi (Centralbl. f. inn. Med. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Selbstversuche über den Einfluss der Nahrung auf die Acetonausscheidung von Dr. Schumann-Leclerq (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10). — Ueber die Zerkleinerung und Lösung von Nahrungsmitteln beim Kauakt von Dr. Gaudenz (Arch. f. Hyg. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Ueber die Bedeutung des Kauaktes für die Magensaftsecretion von DDr. Scheuer und Riegel (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 4. Bd. 6. Heft). — Ueber den Einfluss der Gewürze auf die Magenthätigkeit von Prof. Korczyński (Wiener med. Presse Nr. 12). — Ueber die Magensaftsecretion nach gemischter Fettnahrung von Dr. Wirschubski (Zeitschr. für diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 8. Heft). — Ueber vegetarische Ernährung und ihre Zulässigkeit in geschlossenen Anstalten und bei Menschen, welche sich in einem Zwangsverhältnisse befinden von Dr. Schoenstaedt (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 2. Heft). — Dr. Albu, Prof. Rosenheim, Prof. Senator und Dr. Bätz über Bewertung der vegetarischen Diät in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin (Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 11 u. Aerztl. Praxis Nr. 9). — Ueber extrabuccale Ernährung von Prof. Leube in Prof. v. Leyden's und Dr. Klemperer's „Deutsche Klinik", Verlag von Urban



Digitized by Google

& Schwarzenberg, Wien u. Leipzig. — Ueber die extrabuccale und speciell die rectale Ernährung von Dr. Vetlesen (Norsk. Mag. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5 Bd. 5. Heft). — Der Nährwert der Hühnereier von Dr. Lebbin (Ther. Monatsh. 11. Heft). — Ueber Milchdiät von Dr. Boureau (Gaz. méd. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 17). — Ueber die Verwendung des frischen Caseins in der Ernährung von Dr. Schreiber (Centralbl. f. Stoffw. u. Verd.-Kr. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Tropon von Dr. Röder & Co. Klosterneuburg, 1901. — Versuche über die Verwendung des Tropons am Krankenbette von DDr. Grün und Braun (Wiener med. Presse Nr. 4-6). — Mutase, ein neues Nährmittelpräparat und dessen Verwendung von Dr. Daxenberger (Ther. Monatsh. 6. Heft). — Dr. Brat über Gluton, ein neues Nährpräparat in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 45). — Die therapeutische Bedeutung des Kefirs von DDr. Hallion und Carrion (Presse méd. — Ther. Monatsh. 10. Heft). — Zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbacillen in der Wiener Marktbutter und Margarine von Dr. Markl (Wien. klin Wochenschr. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 12). — Zur Frage der Abtötung von Tuberkelbacillen in Speisefetten von DDr. Gottstein und Michaelis (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11). — Zum Kampfe gegen die Conservirung von Nahrungsmitteln durch Antiseptica von Dr. Abel (Hyg. Rundschau Nr. 6). — Zur Gewinnung von keimfreiem Trinkwasser durch Zusatz von Chlorkalk und Brom von Dr. Bollner (Wiener med. Wochenschr. — Wiener med Blätter Nr. 36). — Ueber Kinderernährung von Prof. Czerny in Prof. v. Leyden's und Dr. Klemperer's „Die Deutsche Klinik etc." 7. Bd. (Wien u. Leipzig, Verlag von Urban & Schwarzenberg). — Künstliche Kinderernährung von Prof. Jacobi (Arch. f. Kinderheilk. — Schm. Jahrb. 272. Bd. 10. Heft). — Ueber Kindernährmittel von Prof. Soxhlet (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49). — Dr. Salge über Buttermilch als Säuglingsnahrung auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 45). — Dr. Klemm über Eselmilch in der Säuglingspraxis in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Ebendaselbst) — Malzsuppe in der Kinderpraxis von Dr. Keller (Ther d. Gegenw. 2. Heft). — Die Verwendbarkeit des Siebold'schen Milcheiweisses (Plasmon) in der Säuglingsnahrung von Dr. Tittel (Ther. Monatsh. 3. Heft). — Ueber die Verwendung des Leims von Dr. Gregor (Centralbl. f. inn. Med. Nr. 3). — Dr. Hippius über Sterilisirung und starke Ernährung (Pasteurisation) der Milch im Haushalte in der Gesellschaft der Kinderärzte zu Moskau (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 76). — Die Fehler der Saugflaschen und ihre Vermeidbarkeit, ein Beitrag zur Säuglingsernährung von Prof. Schmidt (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1). — Grundriss der Kinderheilkunde von Dr. Hauser. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. — Die Pflege und Ernährung des Säuglings von Dr. Friedmann.

**Erysipel.** Dr. Eschle empfiehlt Ichthyolpinselungen bei Erysipel. In seinen Fällen handelte es sich fast ausschliesslich um Gesichtserysipele. Die befallenen Hautpartien und ein grösserer Strich der Umgebung, ohne Ausseracht-lassung der Augenlider und Lippen, werden ziemlich dick mit reinem unverdünnten Ichthyol bepinselt und nach kurzer Zeit mit einer ganz dünnen Watteschicht bedeckt. Diese Watteschicht lasse man antrocknen und decke alsdann über die erkrankte Stelle eine starke Wattelage, die man mit einem Tuch festbindet. Bei Männern ist vor Vornahme der ersten Pinselung das Gesicht zu rasiren, ohne dass dieses bis zur Wiederherstellung wiederholt wird. Die Patienten empfinden nach der Pinselung eine Abnahme des quälenden Spannungsgefühls. Nur in seltenen Fällen wurde ein Ueberpinseln der festanklebenden unteren Watteschicht am dritten Tage notwendig. Der Process beschränkte sich meist auf die in Angriff genommene Stelle. Nach einer Woche erfolgte Abschälung der geschrumpften Haut zusammen mit der angetrockneten Watteschicht. An der afficirten Stelle erschien dann gesunde Epidermis.

Das Erysipel kann nach Dr. Gersuny (Wien) oft durch Bestreichen der erkrankten Stelle und der Umgebung mit Leinölfirniss oder Siccativ und Bedecken mit Guttaperchapapier coupirt werden; der Verband wird einige Tage liegen gelassen. Auch empfiehlt es sich, um die erysipelatöse Stelle Kautschukstreifen aufzukleben; der Process schreitet dann nur bis zu dieser Bedeckung fort. Andere Behandlungsmethoden sind das Waschen der erkrankten Partie mit absolutem Alkohol jede Stunde oder das Auflegen 30% Ichthyolsalbe.

Dr. Jež (Wien) hat einem Erisypelkranken mittels Pravaz'scher Spritze aus der V. mediana einige Gramm Blut entnommen, zur Sedimentirung an einen kühlen Ort gestellt und dann immer demselben Patienten, von dem das Blut stammte, 1—10 g Serum subcutan injicirt. Darauf trat zuerst höhere Temperatur, später Absinken desselben, rasches Abblassen und Abschuppung des Erysipels ein. Bei weiteren Versuchen entnahm Verfasser das Serum Hautblasen (durch ein Vesicans erzeugt); er behandelte mit dieser Methode zehn Fälle, und zwar mit

Digitized by Google

5—20 g Serum. Eine Stunde nach der Injection trat Temperaturerhöhung ein, dann Absinken und binnen 24 Stunden Entfieberung. Verfasser ist der Meinung, dass unter Vermehrung der Leukocyten im Blute die giftigen Producte durch den Harn ausgeschieden werden. Die localen Symptome an der Haut bessern sich bereits einige Stunden nach der Injection. Verfasser empfiehlt die Methode, die er nicht als specifische ansprechen möchte, zur Nachprüfung.

Ichthyolpinselungen bei Erysipel von Dr Eschle (Heilk. — Ther. Monatsh. 10. Heft). — Alltägliches in der kleinen Chirurgie von Dr. Gersuny (Klin.-ther. Wochenschr. — Medico Nr. 51). — Ueber die Behandlung des Erysipels mit Serum von an Erysipel erkrankten Individuen von Dr. Jež (Wien. med. Wochenschr. Nr. 35).

**Eucaïn.** Dr. Cohn hat an Prof. Silex's Augen-Klinik (Berlin) das Encaïnacetat geprüft. Zur Erzielung einer Anästhesie genügen 4—5 Tropfen einer 2%igen Lösung. Die Anästhesie war nach drei Minuten vollkommen und hielt 10—15 Minuten an. Während derselben konnten Fremdkörper extrahirt werden, Hornhautgeschwüre, Pterygien galvanocaustisch betupft werden, ferner Operationen am Thränenapparat, den Lidern, der Conjunctiva vorgenommen werden. Subconjunctivale Kochsalzinjectionen konnten selbst bei Kindern schon nach drei Tropfen schmerzlos ausgeführt werden. Störungen, wie nach dem Gebrauch von Cocaïn wurden nicht beobachtet. Das Eucaïn B kann nach Autor in der kleinen Augenchirurgie das Cocaïn wohl ersetzen. Nur in den Fällen, in welchen Teile der vorderen Bulbushälfte an sich schon blutüberfüllt und gereizt sind, wird es besser vermieden.

Ueber eine neue Form des Eucaïn, das essigsaure Beta-Eucaïn von Dr. Cohn (Med. Woche Nr. 36).

**Euguform.** Das Euguform ist ein Präparat, welches von Spiegel durch Acetylirung des bei der Einwirkung von Formaldehyd auf Guajacol gewonnenen Productes dargestellt wird und bildet ein grauweisses, nahezu geruchloses, in Wasser unlösliches, äusserst feines, amorphes Pulver. Nach Versuchen, die von Dr. Ciesielski auf der Joseph'schen Poliklinik für Hautkrankheiten (Berlin) mit dem Mittel gemacht worden sind, ist es nicht nur ein brauchbares Wundstreupulver, sondern es hat sich auch als ein in hohem Grade schmerzlinderndes und juckenstillendes Mittel bei Hautaffectionen bewährt. Es gelangte als Streupulver in Substanz und als 2,5- und 10%ige Salbe zur Anwendung.

Ueber Euguform von Dr. Ciesielski (Therap. Monatsh. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 9. Heft).

**Eumenol.** Dr. Langes (Schwäb. Gmünd) wandte das Eumenol mit günstigem Erfolge bei Abwesenheit grösserer organischer Veränderungen des Uterus gegen Dysmenorrhoe der Nulliparen, bei zu häufiger und zu starker Menstruation derselben und auch bei zu starker Menstruation der Multiparen an. In der Woche vor dem Eintritt der Menses gibt Langes dreimal täglich einen Esslöffel nach dem Essen; im Ganzen werden gewöhnlich 100—150 g gebraucht. Die heftigen Kreuz- und Leibschmerzen bei Dysmenorrhoe wurden in den meisten Fällen prompt beseitigt; die Wirkung hielt etwa ein Vierteljahr an, nach deren Ablauf man die Cur wiederholen musste. Auch in einem Fall von Retroversio mässigen Grades, in dem vorher ohne Erfolg eine Pessarbehandlung versucht war, beseitigten 100 g Eumenol die Beschwerden.

Beobachtungen bei der Verwendung einiger neuer Medicamente von Dr. Langes (Ther. Monatsh. 7. Heft).

**Eupyrin.** Dr. Porges hat mit dem von Overlach in die Therapie eingeführten Antifebrile, dem Eupyrin recht günstige Resultate erzielt. Das Mittel ist nach Autor durchaus frei von den unangenehmen toxischen Nebenwirkungen, die vielen der früheren Antipyretica anhaften, so dass es selbst bei schwächlichen und sehr herabgekommenen Personen unbedenklich angewendet werden kann. Man kommt im Allgemeinen mit 1,0 bis 1,5 g pro dosi bei Erwachsenen, mit 0,3 bis 0,5 g bei Kindern aus; nach 1—2 Stunden geht dann die Temperatur um 1—1,5° zurück. Das Eupyrin ist völlig

Digitized by Google

geschmacklos und benötigt man daher bei seiner Verabreichung besonderer Corrigentien nicht. Ausser der antipyretischen Wirkung kommt dem Eupyrin, was es besonders charakterisirt, eine ausgesprochene stimulirende Eigenschaft zu. Besonders hat es sich bei schwereren Influenzaformen bewährt.

Ueber Eupyrin von Dr. Porges (Wiener med. Blätter Nr. 17).

**Euthanasie.** Prof. Edlefsen (Hamburg) empfiehlt die Morphiuminjection in Fällen, wenn der Eintritt des Todes mit körperlichen oder seelischen Schmerzen verbunden ist, selbst bei Klappenfehlern im Stadium schwerster Compensationsstörung, indem sie die stürmische Herzaction beruhigt und das Angstgefühl beseitigt. Nur bei Sclerose der Coronararterien und vorgeschrittener Degeneration des Herzmuskels ist grössere Vorsicht geboten. Leiden aber die Sterbenden unter dem Gefühle niederdrückender Todesschwäche, dann werden Reizmittel in subcutaner Form am Platze sein. Zu diesem Zwecke ist eine Campherinjection zu empfehlen, für welche Verfasser folgende Verschreibung für die geeignetere hält: 2 Campher : 10 Ol. Amygdalarum. Dass letztere oft sogar, wie z. B. bei Collapszuständen bei Pleuropneumonie lebensrettend wirkt, indem sie über die Gefahren der Krisis hinweghilft, ist bekannt. Aetherinjectionen hält Verfasser für weniger empfehlenswert, da sie Nekrose der Cutis verursachen können. Für den Augenblick der Gefahr kommt als stärkstes Reizmittel, aber von schnell vorübergehender Wirkung, die Tinctura Moschi in Betracht. Zum Zwecke der subcutanen Injection empfiehlt sich eine frisch bereitete Tinctur vor der Zusammensetzung:

Moschi 1.0
Spir. dil.
Aquae āā 5,0.

Bei Kindern genügen zwei bis sechs Teilstriche einer Spritze, während bei Erwachsenen zwei bis drei Spritzen innerhalb kurzer Zeit gegeben werden können.

Die Euthanasie und die Pravaz'sche Spritze von Prof. Edlefsen (Deutsche Aerzte-Zeitg. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 8).

# F.

**Favus.** Zur Behandlung des Favus empfiehlt Dr. Demidow das Formalin. Nach Entfernung der Borken werden die befallenen Partien mit 5—10% Formalin eingerieben und darüber ein fester Verband gelegt. Nach der Einreibung tritt ein leichtes Brennen auf. Auf diese Weise soll ein nach der üblichen Methode behandelter Favus mit vielen Recidiven schnell geheilt worden sein.

Die Behandlung des Favus mit Formalin von Dr. Demidow (Dermat. Centralbl. Nr. 4).

**Fettleibigkeit.** Nach Prof. Zuntz (Berlin) ist es ein Irrtum, bei der Entfettungscur grössere Mengen von Fetten, als von Kohlehydraten geniessen zu lassen, da letztere angeblich mehr geneigt wären, den Fettansatz zu fördern. Das Fett wird, wie es resorbirt wurde, ohne Rest und ohne Umänderung Bestandteil des Fettgewebes. Das Kohlehydrat dagegen muss erst in Fett verwandelt werden durch einen ziemlich complicirten Process, bei dem ein Teil des Kohlenstoffs mit Notwendigkeit abfällt und als Kohlensäure ausgeatmet wird. Auch wird bei diesem Processe eine nicht ganz zu vernachlässigende Menge Wärme gebildet, die von der Energie der Kohlehydrate wiederum in Abzug zu bringen ist. Aus allen diesen Gründen, muss man sagen, sind die Kohlehydrate entschieden günstiger, da, wo es gilt, Fettansatz zu vermeiden. Aber noch aus einem andern Grunde sind

Digitized by Google

sie empfehlenswerter in der Nahrung der zu Entfettenden; deshalb nämlich, weil sie dem Eiweissverlust entgegenwirken, in viel höherem Maasse, als die Fette eiweissparend wirken. Ob Fettansatz oder Fettverlust stattfindet, hängt von den zwei einander normal gerade compensirenden Vorgängen ab, der Grösse des Verbrauchs und der durch die Grösse des Verbrauchs angeregten Nahrungsaufnahme. Unter normalen Verhältnissen sind beide Factoren parallel, und dann hält sich das Individuum dauernd auf normalem Durchschnittsgewicht. Wo der Appetit gesteigert ist gegenüber dem Bedürfniss, wo also gewissermassen überregulirt wird, da kommt es, wenn nicht die Willkür regulirend eingreift, zur Mast und im umgekehrten Falle zur Atrophie.

Prof. Stadelmann (Berlin) kommt nach einer kritischen Würdigung der Entfettungsmethoden zu folgenden Leitsätzen: Jede Entfettungscur ist eine Unterernährung. Die Art und Weise, wie man diese Unterernährung erzielt, ist im Principe gleichgiltig. Ein jeder Fall muss für sich studirt und individuell behandelt werden; eine bestimmte Vorschrift für alle Fälle kann nicht gegeben werden. Man ist vollkommen in der Lage, den Wünschen der Kranken entsprechend die Cur zu modificiren und bald mehr Eiweiss, bald mehr Fett, bald mehr Kohlehydrate zu geben. Neben der Unterernährung kommen die übrigen therapeutischen Massnahmen erst in zweiter und dritter Linie in Betracht, mit Ausnahme etwa von körperlicher Bewegung, eventuell auch Massage. Die Verwendung der Thyreoidpräparate ist gefährlich und überflüssig.

Dr. Schwarzbart (Misslitz) berichtet über Behandlung der Fettleibigkeit mit Jodothyrin. Zwei fettleibige Kranke von 55 und 60 Jahren wurden ohne Aenderung der Diät und Lebensweise behufs Entfettung anfangs mit zwei, später bis zu fünf Tabletten von Jodothyrin à 0,3 behandelt; nach 10 Tagen mehrtägige Pause. In einem Falle trat nach Gebrauch von 100 Tabletten eine Abnahme des Körpergewichtes um 1½ kg ein; der zweite blieb im Gewichte constant. Der Erfolg der Cur äusserte sich in beiden Fällen in Abnahme der quälenden Dyspnoe bei Arbeit und Bewegung.

Von der König Salomo-Apotheke in Berlin, wird, wie Dr. Salomon mitteilt, das Korpulin, welches das Extract des Blasentangs (Fucus vesiculosus) sein und daneben etwas Extract von Tamarindus indica und Cascara sagrada enthalten soll, als Entfettungsmittel in der Form von Chocoladepralinées, in den Handel gebracht, von denen man täglich drei nehmen soll, um ohne Gefahr und Unannehmlichkeiten magerer zu werden. Salomon hat mit diesem Mittel im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. an drei mässig Fettleibigen Versuche gemacht und hat gefunden, dass es in der That ohne alle unangenehmen Nebenerscheinungen bei gewöhnlicher Kost eine deutliche Abmagerung bewirkt, es steigert die Oxydation, steigert aber auch die Eiweisszersetzung und wegen dieser Eigenschaft bedürfen Korpulincuren der ärztlichen Ueberwachung.

Zur Krankenpflege lipomatöser Individuen liefert Prof. Kisch (Prag-Marienbad) einen Beitrag. Wenn hochgradig Fettleibige von einer acuten fieberhaften Erkrankung befallen werden, so hat die Krankenpflege sowohl prognostisch als therapeutisch manch bemerkenswerte, diesen Lipomatösen eigentümlichen Momente ins Auge zu fassen. Der Zustand des Herzens und seiner Arbeitsthätigkeit ist sorgfältig zu überwachen. Man wird in der Fieberdiät von vornherein den Arzneimitteln einen breiteren Raum gönnen müssen; man wird öfter im Tage, alle 2—3 Stunden, nebst Milch auch Brühe, frisch ausgepressten Fleischsaft, Fleischpeptonpräparate in kleinen Gaben reichen, wenn nötig auch Kaffee, Thee, Cognac, Portwein, Tokayer, Champagner als Analeptica. Hingegen wird man sehr vorsichtig und ängstlich mit der Darreichung der Antipyretica sein, welche wie Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin u. s. w. erfahrungsgemäss auch die Herzthätigkeit herabsetzen. Die Dosirung muss hier weit unter das übliche Maass heruntergehen; Erwachsenen dürfen nur die sonst für Kinder giltigen Gaben gereicht werden oder am besten, man meidet diese Fiebermittel zur Gänze. Autor hat nach

Digitized by Google

kleinen Dosen schon bedrohlichen Collaps eintreten gesehen. Es ist ferner zu berücksichtigen, dass die Herabminderung der Fiebertemperatur durch hydriatische Proceduren bei Fetten schwieriger ist, als bei Mageren, wie dies schon Liebermeister's Untersuchungen bezüglich der kalten Bäder erwiesen haben; andererseits ist eine Anwendung zu niedriger Badetemperaturen wegen Beeinträchtigung der Herzaction zu meiden. Auch Venaesectionen vertragen Fettsüchtige sehr schlecht und sind darnach schon plötzliche Todesfälle in Folge von Herzparalyse beobachtet worden. Es tritt nach Aderlässen später leicht stärkerer Fettansatz ein.

Prof. Zuntz über die Frage: Sind calorisch aequivalente Mengen von Kohlehydraten und Fetten für Mast und Entfettung gleichwertig? in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Ther. d. Gegenw. 7. Heft). – Ueber Entfettungscuren von Prof. Stadelmann (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 25). — Die Behandlung der Fettleibigkeit mit Jodothyrin von Dr. Schwarzbart (Wiener med. Presse Nr. 28). — Ueber das Entfettungsmittel „Korpulin" von Dr. Salomon (Centralbl. f. Stoffw. u. Verd.-Kr. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Zur Krankenpflege lipomatöser Individuen von Prof. Kisch (Zeitschr. f. Krankenpflege 23. Bd. Nr. 2).

**Fluor albus.** Ein modificirtes Verfahren der Landau'schen Behandlung des Fluor albus mit Hefeculturen gibt Dr. Albert (Dresden) an. Da lebende Hefezellen bekanntlich Catarrhe der weiblichen Genitalien verursachen können, benutzt Autor abgetödtete Culturen. Diese sterile Dauerhefe enthält neben peptischen Enzymen die die Gährung verursachende Zymose. Man rührt 4 g steriler Dauerhefe mit 20 ccm einer 20 %igen Zuckerlösung zu einem gleichmässigen Brei an, indem sich die Menge Hefe zu Zucker und Wasser wie 1 : 1 : 5 verhält und injicirt diese Emulsion in die Scheide, in die man eine Spirale eingelegt hat, damit möglichst viel von dem Hefebrei in der Vagina zur Wirkung kommen kann. Die Patientin bleibt dann 6—8 Stunden in Rückenlage; nach 12—14 Stunden, wenn die Gährung in der Hauptsache vorüber ist, muss durch sorgfältige Reinigung die Flüssigkeit entfernt werden. Bei der Anwendung dieser Methode studirte Verfasser den Virulenzgrad der Scheidenparasiten und fand eine ganz bedeutende, unzweideutige, allmähliche Virulenzabnahme der Bakterien. In dieser mikroskopisch nachweisbaren Virulenzabnahme, in der Veränderung des Scheidensecretes und in der schnellen Heilung selbst grosser Erosionen an der Portio in Fällen, die wochen-, selbst monatelang jeder anderen Behandlung getrotzt hatten, sieht Verfasser die Erfolge seiner Methode.

Sterile Dauerhefe und ihre Verwertung in der Gynäkologie von Dr. Albert (Centralbl. f. Gynäk — Münchener med. Wochenschr. Nr. 19).

**Fortoin.** Das von Overlach als Ersatzmittel des Cotoin gegen Durchfall empfohlene Fortoin bewirkt, wie Dr. Rothschild (Soden a. T.) mitteilt, ebenso wie das Cotoin einen starken Blutzufluss zum Darme und deshalb ist es bei acuten Enteritiden entschieden nicht zu empfehlen, es kann hier, wie Rothschild in einem Falle sah, erheblich schaden. Sehr günstig wirkt es dagegen oft bei chronischen Durchfällen und namentlich bei der Darmtuberculose, bei der die Circulation in der Darmwand in Folge vielfacher Thrombosen bedenklich darniederliegt. Man gibt dreimal täglich 0,25 - 0,5, unter Umständen empfiehlt sich der Zusatz eines Gerbesäurepräparates.

Catechu 0,5
Fortoin 0,25
M. f. p. 3mal täglich ein Pulver.

Dr. Netter hat das Fortoin in 21 Fällen von Darmerkrankungen bei Kindern (meist im ersten Lebensjahre) geprüft; die Gaben waren 0,1—0,125 zwei- und dreistündlich oder dreimal täglich; das Pulver wurde stets gerne genommen, schädliche Erscheinungen traten nicht zu Tage. Bei den frischen Darmerkrankungen mit wässerigen Stühlen wurde jegliche günstige Wirkung vermisst, und bei den Darmaffectionen, die bereits in ein chronisches Stadium überzugehen schienen, konnte in wenigen Fällen ein günstiger Einfluss des Fortoins erkannt werden, in dem die Stühle eine festere Konsistenz erhielten; diese Fälle werden aber ebenso erfolgreich mit Tanninpräparaten behan-

Digitized by Google

delt; es ist deshalb kein Grund vorhanden, dem teuren Fortoin (0,1 kostet 10—15 Pfg.) einen besonderen Vorzug vor den unlöslichen Tanninpräparaten zu geben.

Ueber die Anwendbarkeit des Fortoin als Antidiarrhoicam von Dr. Rothschild (Ther. d. Gegenw. 8. Heft). — Ueber das Fortoin von Dr. Netter (Deutsche med. Wochenschr. — Med. Neuigk. Nr. 2).

**Fracturen.** Dr. Rothschild (Frankfurt a. M.) hält es für angezeigt, bei Knochenbrüchen, die auf unblutigem Wege eine Reposition und Retention der Fragmente nicht gestatten, von vornherein die Bruchstelle freizulegen und die Fragmente richtig zu stellen. Darüber besteht kein Zweifel, dass das operative Verfahren niemals zum Normalverfahren in der Behandlung der Knochenbrüche berufen ist, vielmehr nur in vereinzelten, besonders widerspenstigen Fällen sein Recht behaupten kann, wie z. B. bei den schiefen Brüchen im unteren Drittel des Unterschenkels. Eine Vorbedingung für einen primären operativen Eingriff liegt erstens darin, dass die anderen zu Gebote stehenden Mittel nicht zum Ziele führen, d. h dass es nicht gelingt, bei starkem Zuge an dem peripherischen Fracturende und gleichzeitigem Drucke auf die Bruchstelle unter völliger Muskelerschlaffung in tiefer Narkose die Fragmente richtig zu stellen und in annähernd normaler Stellung zu erhalten. Ein zweites unbedingtes Erforderniss für die primäre Knochennaht ist die vollkommene Beherrschung der Asepsis. Rothschild berichtet eingehend über 40 Kranke, bei denen Prof. Rehn 45 mal Fracturen auf blutigem Wege reponirt hat, d. h. bei denen eine Knochennaht ausgeführt oder ein Elfenbeinstift eingelegt wurde.

Auch Dr. Habart (Wien) führt Beispiele an, aus denen hervorgeht, dass durch Knochennaht bessere Heilerfolge erzielt werden als durch Contentivverbände. Er selbst erzielte durch Knochennaht an zahlreichen offenen und subcutanen Brüchen des Unterkiefers, des Schlüsselbeines, des Oberarmknochens, des Olecranon, des Oberschenkelschaftes und der Kniescheibe durchwegs günstige Heilungen. Selbst Fälle von Schussfracturen gibt es, welche mit Erfolg durch Knochennaht vereinigt werden können. Zu dieser Ueberzeugung ist er schon vor 23 Jahren während des Occupationsfeldzuges in Bosnien 1878 gedrängt worden, nachdem ihm die schwere Aufgabe zugefallen war, mit Schussfracturen behaftete Verwundete von drei Feldspitälern während eines strengen Winters unter den primitivsten Verhältnissen zu behandeln. Ein durch Henry Martini-Geschoss erzeugter Explosivschuss an der Metaphyse des linken Oberschenkels oberhalb des Kniegelenkes hatte einen kraterförmigen Ausschuss zur Folge, aus welchem das obere Bruchstück des Oberschenkels hervorragte. Nach Resection von 3 cm desselben gelang die Reposition und durch Catgutnaht wurde die Vereinigung so günstig durchgeführt, dass die Amputation unterblieben ist.

Dr. Wolff bespricht die Fehler, welche häufig bei der Behandlung der Flötenschnabelbrüche begangen werden. Die hauptsächlichsten sind: Zu kurzes Bett, zu grosse Länge des die extendirenden Gewichte tragenden Seils, unrichtiges Anlegen der Heftpflasterschlinge, zu geringe Länge der Heftpflasterlängsstreifen, welche bis zur Mitte des Oberschenkels reichen müssen, zu geringe Belastung, welche 30—50 Pfund mindestens erfordert; diese Belastung genügt nur, wenn die Extension baldigst nach der Verletzung angelegt wird. Da eine Verschiebung in der Längsrichtung und ein Abweichen des Tibiaschnabels nach oben besteht, muss in der Längsrichtung mit ca. 20 Pfund extendirt und das nach hinten gesunkene Fussfragment vertical nach oben geleitet, der Tibiaschnabel aber mittels des Bardenheuer'schen Schlittens oder einen 10 Pfund schweren aufgelegten Sandsack nach unten gedrückt werden.

An der Klinik v. Bramann wurden Fracturen des Schädels, wie Dr. Franke (Halle) mitteilt, nach folgenden Grundsätzen behandelt: Genaue Desinfection der Umgebung, trockene Reinigung der Wunde selbst von Schmutz, Entfernung der gequetschten Teile und genaue Blutstillung. Ausserdem hat es sich in fast allen Fällen als notwendig herausgestellt, die Knochenwunde mit der Kneipzange zu erweitern, um die kleinen, auf die

Digitized by Google

Dura drückenden Knochensplitter oder eingedrungene Fremdkörper zu entfernen. Da die so entstandene Knochenlücke nur in den seltensten Fällen sich knöchern zu schliessen pflegt und eine Lücke im Schädel und Anheilung der Dura an die Haut oft Ursache abgibt für nervöse Reizungszustände und Epilepsie, hat es v. Bramann versucht, einen knöchernen Verschluss herbeizuführen. Zu diesem Zwecke wurden die entfernten Knochenstücke in Borsäurelösung aufbewahrt, und nachdem sie mit der Scheere so zugeschnitten wurden, dass sie ohne grössere Zwischenräume aneinander passten, in die Wunde nach sorgfältiger Blutstillung eingelegt und die Haut darüber vernäht. Ein anderes Mal wurde der Defect durch eine aus der vorderen Fläche der Tibia herausgemeisselte Knochenplatte oder Abmeisseln dünner Knochenlamellen von der Tabula externa des Schädeldaches in nächster Umgebung der Wunde gedeckt. Wenn die Wunde in inficirtem Zustande in die Behandlung kam, war der primäre Verschluss gefährlich; in diesen Fällen wurde der Defect erst 10—14 Tage später gedeckt, zur Zeit, wo die Wunde bereits granulirte. Die inzwischen in Borsäurelösung aufbewahrten Knochenstücke wurden ausgekocht und dann in die Wunde unter Berücksichtigung derselben Momente, wie beim frischen Knochen eingelegt. Gewöhnlich erfolgte die Einheilung nach dem ersten Eingriff, einigemal war die Wiederholung der Implantation notwendig.

Unter Mitteilung dreier Fälle von Kniescheibenbrüchen in denen einmal die offene Naht, das zweitemal Massagebehandlung und endlich einmal die permanente Extension zu einem guten Endresultate geführt hatten, betont Dr. Lichtenauer die Notwendigkeit, die Behandlung der Eigenart des einzelnen Falles anzufassen. Während in manchen Fällen ein Verband vollkommen entbehrlich ist und die Massagebehandlung allein genügt, ist in anderen Fällen, in denen der Riss auf den seitlichen Streckapparat des Kniegelenks sich fortsetzt, die offene Naht nicht zu entbehren. Für eine grosse Reihe von Fällen, die zwischen diesen beiden liegen, empfiehlt Lichtenauer die permanente Extension. Man legt dabei Heftpflasterstreifen möglichst hoch hinauf zu beiden Seiten des Oberschenkels, aber etwas mehr an dessen Oberfläche an und festigt sie durch eine genügende Zahl von Querstreifen. Man kann mit den beiden Längsstreifen auch bis unter das Knie herab auf den Unterschenkel übergehen und den Verband in der gewöhnlichen Weise am Fussende armiren. Das untere Fragment wird schon durch die hier etwas stärker nach aufwärts gezogenen Querstreifen genügend fixirt. Eine Contraextension ist nicht notwendig, da eine Retraktion dieses Fragments am Lig. patellae nicht stattfindet. Die Patella selbst wird vollkommen freigelassen, damit die Lage der Fragmente stets controllirt werden kann. Man thut jedoch gut, gleich nach Anlegung des Verbandes das Gewicht nicht zu gering zu nehmen (15—20 Pfd.), eventuell kann man später etwas damit herabgehen. Der Verband muss bis zur vollkommenen Consolidation der Patella (vier bis sechs Wochen) liegen bleiben.

Dr. Wiener gibt für die Behandlung von Patellarfracturen folgende Methode an. Das Bein wird rasirt und wie vor einer Operation gereinigt, dann mit Watte gleichmässig bedeckt, nur die Gegend des Kniegelenkes wird stärker gepolstert. Nachdem die Extremität auf eine plastisch gemachte Fiber-Halbrinne gelagert wurde, wird um das Kniegelenk eine 8—10 cm breite Gummibinde in Achtertouren unter mässigem Zuge gewickelt. Die Gummibinde übt eine dauernde Compression auf den Erguss im Gelenke aus und bringt denselben zum Schwinden; wenn dann nach 4—5 Tagen der Verband gewechselt wird, kann die Binde etwas stärker angezogen werden, wodurch die Fragmente aneinander genähert werden. Der Patient bekommt sofort nach dem ersten Verbande eine Gehmaschine und verlässt die Klinik zu Fuss. Die Heilung ist unter dieser Behandlung eine sehr rasche, die Entfernung der Fragmente von einander eine geringe.

In einem Falle von veralteter Patellarfractur mit einer Diastase von 10 cm, bei der die Vereinigung der Knochenstücke nicht mehr möglich war, hat Dr. Tenderich die gerissenen seitlichen

Digitized by Google

Ausläufer der Quadricepssehne mit gutem Erfolge für die Muskelformation genäht. Verfasser empfiehlt sein Verfahren 1. in allen Fällen, wo die Vereinigung der knöchernen Bruchstücke nicht gelingen will; 2. in allen solchen Fällen, in denen die Vereinigung der Kniescheibenstücke nur durch schwere Hilfsoperationen zu erreichen ist. Letztere sind bedenklich, weil sie, das knöcherne Gelenk nicht intact lassend, nur zu leicht die Bewegungsfähigkeit im Knie beschränken, weiter machen sie die Operation complicirter, gefährlicher und geben ein functionell schlechteres Resultat als die vom Verfasser angegebene, leichter auszuführende und relativ ungefährliche Operation. Daher sei diese dem sonst bewährten Verfahren v. Bergmann's vorzuziehen — in den Fällen, wo die Vereinigung der Bruchstücke durch dasselbe fraglich oder schwierig erscheint.

Prof. Wolff (Berlin) hat in einem Falle von veraltetem Kniescheibenbruch durch seine Methode der Osteoplastik mittels Verschiebens von Knochenstücken eine knöcherne Vereinigung der Fragmente erreicht.

Ueber die operative Behandlung irreponibler Fracturen von Dr. Rothschild (Beitr. z. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft). — Dr. Habart über die Methoden und Indicationen der Knochennaht mit besonderer Berücksichtigung der Schussfracturen im Kriege nnd der Anwendung von Gehverbänden in den Feldlazarethen im Verein der Militärärzte der Garnison Wien (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30). — Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbruches mit Bardenheuerscher Extension von Dr. Wolff (Centralbl. f. Chir. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 7). — Ueber die Behandlung complicirter Fracturen von Dr. Franke (Lang. Arch. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft). — Ueber Kniescheibenbrüche und ihre Behandlung von Dr. Lichtenauer (Zeitschr. f. Chir. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 8). — Zur Behandlung der Patellarfracturen von Dr. Wiener (Centralbl. f. Chir. Nr. 1). — Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter ungeheilter Patellarbrüche von Dr. Tenderich (Deutsche Zeitschr. f. Chir 56. Bd. 5. u. 6. Heft). — Dr. Wolff zur Behandlung der Patellarbrüche auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Münchener med. Wochenschr. Nr. 19).

**Fremdkörper.** In vielen Fällen, in welchen Patienten den Arzt aufsuchen, um sich eine im Halse stecken gebliebene Fischgräte entfernen zu lassen, ist der Nachweis derselben nicht leicht. Die Inspection lässt, wenn längere Zeit seit dem Unfall vergangen ist, fast immer im Stich; die Angaben der Kranken sind meist nur in soweit von Wert, als sie sich auf die Seite beziehen, auf welcher der Fremdkörper sitzen soll; fast immer wird der Sitz viel tiefer angenommen, als er wirklich ist; so wird, wenn Gräten in den Mandeln sitzen, von den Patienten meist mit dem Finger die Gegend dicht unterhalb des Kehlkopfes bezeichnet. Dr. Breitung (Coburg) macht nun darauf aufmerksam, dass in vielen Fällen, wo bei der Inspection der Fremdkörper nicht zu entdecken ist, die Palpation mit dem Finger noch zum Ziel führt. Er teilt einen Fall mit, in welchem er bei einem Herrn, dem eine 2 cm lange Fischgräte in der rechten Gaumenmandel seit zwei Tagen stecken geblieben war, die Spitze zuerst mit dem Finger fühlen und dann erst mit den Augen wahrnehmen konnte, worauf die Entfernung leicht gelang.

Dr. Moure (Bordeaux) empfiehlt bei Tracheotomien zur Extraction von Fremdkörpern die Trachealwunde sowie die durchschnittenen Muskeln sogleich mit feinem Catgut zu vernähen und die Hautincision mit Rosshaarfäden zu schliessen. Wenn nötig, kann man eine kleine Oeffnung in der Nähe der Trachealwunde bestehen lassen, um einem etwaigen Hautemphysem vorzubeugen. Die sofortige Naht der Trachea beschleunigt die Heilung und gewährt einen Schutz gegen die infektiöse Bronchopneumonie. Diese Sutur ist auch angezeigt nach den Tracheothyreotomien zur Exstirpation von Kehlkopfgeschwülsten (diffuse Papillome, Epitheliome etc.).

Zur Technik der Entfernung von Fischgräten aus dem Halse von Dr. Breitung (Münchener med. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 60). — Dr. Moure über sofortige Sutur der Trachea bei der Tracheotomie auf dem französischen Chirurgencongresse zu Paris (Münchener med. Wochenschr. Nr. 46).

**Furunkel.** Dr. Thiriar berichtet über die günstigen Resultate, welche die Behandlung des Furunkels und Anthrax mit Sauerstoff ergeben hat. Man verschafft sich einen Behälter mit Sauerstoff

Digitized by Google

der auf 120 Atmosphären comprimirt ist. An der Oeffnung desselben befestigt man eine Kautschuk- oder Glasröhre, welche am anderen Ende eine Pravaz'sche Nadel trägt, so dass man das Gas zur subcutanen Injection oder zur Einblasung in die inficirten Höhlen benutzen kann. Die einzige Vorsicht, die man hierbei beachten muss, ist die, dass man den Abgang des Sauerstoffes gehörig regelt. Man macht dies so, dass man die Nadel in aseptisches Wasser taucht und nun allmählich den Hahn öffnet; das Aufwallen des Gases im Wasser lässt leicht einen Schluss auf die Geschwindigkeit des Ausströmens und auf die Menge zu. Nachdem man nun vorher die Gegend, in welche man injiciren will, aseptisch gemacht hat, macht man in den Tumor und in seine Umgebung Injectionen, indem man die Pravaz'sche Nadel einsticht. Für einen Furunkel genügt eine einzige, an der Basis des Tumors gemachte Injection. Für einen grösseren Anthrax muss man 4—6 Injectionen in der Circumferenz machen. Wenn schon Gangrän aufgetreten ist, injicirt man sorgfältigst Sauerstoff in alle vorhandenen Höhlungen. Es ist notwendig, alle inficirten Stellen, wo der Eiter sich ansammelt, zu behandeln, man muss den Krankheitsherd sozusagen mit einer Atmosphäre von Sauerstoff umgeben. Nach kurzer Zeit schon verschwinden die Schmerzen; am selben Abend noch, spätestens am nächsten Morgen, wird das entzündliche Oedem geringer oder verschwindet vollständig und in wenigen Tagen tritt Vernarbung ein.

Dr. Arning (Hamburg) übt folgende Behandlungsmethode bei Furunculosis. Nach Reinigung des Furunkelgebietes durch Benzin wird ein hellrotglühender spitzer Platinbrenner dreist in das Centrum des Furunkels gestossen. Aehnlich wie bei der Stichelung der Acneknoten fühlt man ganz deutlich, wenn die verdickte Cutis durchbohrt und der Brenner in den Nekroseherd eingedrungen ist. Bei grossen Furunkeln der dicken Nacken- und Gesässhaut muss man oft 1—1½ cm tief einstechen. Gelangt man wegen Abkühlung des Paquelin nicht gleich bis zur gewünschten Tiefe, so muss man nach frischem Anblasen des Brenners ein zweites Mal eingehen. Dieser zweite Stich thut kaum weh, während der erste immerhin einigen Schmerz bereitet, der aber geringer ist, als beim Schneiden, und bald wieder schwindet. Direct nach dem Einstich hört der eigentliche Furunkelschmerz auf; aus dem schmerzhaften Furunkel ist eine einfache, nichtschmerzende, lochförmige Hautwunde geworden. Im Gegensatz zur schneidenden Operation wird bei diesem Verfahren keine offene Wundfläche gesetzt, der Brandschorf wirkt als guter Schutz für das umliegende Gewebe, Lymph- und Blutbahnen werden nicht offengelegt und dem unzerstörten Gifte freigegeben, kein sickerndes Blut- oder Wundsecret verschmiert die Umgebung. Im Gesicht und am Halse, wo keine Reibung stattfindet, lässt Verfasser die kleine Brandwunde ganz frei. Sie heilt langsam, ohne viel Secret von unten aus zu, der verbrannte Cutiszapfen wird von den nachrückenden Granulationen hinausgeschoben. Dort, wo Kleider aufliegen oder die Umgebung schon sehr gereizt ist, wird zunächst eine Firnissschicht von Tumenolätherbenzoetinctur-Firniss aufgetragen, dem bei seborrhoischem Zustand noch etwas Anthrarobin zugesetzt wird, nach folgender Formel:

| | |
|---|---|
| Anthrarobini | 2,0 |
| Tumenoli | 8,0 |
| Aeth. sulf. | 20,0 |
| Tct. benzoes | 30,0 |

MDS. Hautfirniss.

Ehe der aufgetragene Firniss ganz trocken geworden, wird ein kleines Stück Chinosolgaze über den Furunkel selber gelegt, darüber kommt ein Streifchen eines nicht reizenden und leicht entfernbaren, dabei wenig macerirenden, weil durchlässigen Pflasters, wozu sich 2½ % Salicylseifenpflaster bestens eignet, das die Fabrik von Beiersdorf nach Angabe Verfassers auf einen feinen Tricotstoff streicht und als 2½ % Salicyltricotplast in den Handel bringt. Dieser Verband wird täglich gewechselt.

Die Behandlung des Furunkels und Anthrax mit Sauerstoff von Dr. Thiriar (Allg med. Central-Zeitung Nr. 54). — Therapeutische Details bei der Behandlung der Furunculosis von Dr. Arning (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Medico Nr. 49).

Digitized by Google

# G.

**Gallensteine.** Prof. Talma (Utrecht) stellte Versuche über die baktericide Wirkung der Galle an Kaninchen an, denen die Bakterienculturen in die Gallenblase eingespritzt wurde. Laut denselben enthält die Galle eine, die Entwickelung der meisten Coli-, Typhus-, und Diphtheriebacillen hemmende Substanz. Die Empfindlichkeit der Bacillenarten ist sehr verschieden, die Virulenz überhaupt ist nicht synonym mit Infectiosität für die Gallenwege. Die Galle ist in verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Tieren ungleich baktericid.

Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis liefern Dr. Ehret und Dr. Stolz. Die Ergebnisse der Verfasser waren folgende: Jede Schädigung der normalen mechanischen Function der Gallenblase begünstigt in hohem Grade die Proliferation der in der Galle oft vorhandenen einzelnen Keime. In der Gallenblase vorhandene Fremdkörper haben die gleiche Wirkung, u. z. 1. dadurch, dass sie notwendiger Weise das Vorhandensein von Residualgalle bedingen, was einer Schädigung der mechanischen Funktion gleichkommt; 2. dadurch, dass die sie umgebende capillare Flüssigkeitsschicht die Ansiedelung von Bakterien in hohem Maasse erleichtert. Für einen Teil der natürlichen Gallensteine kommt als 3 Moment noch ihre Porosität in demselben Sinne in Betracht.

Der Coli-, wie der Eberth'sche Bacillus haben, wie Dr. Italia's Versuche beweisen, die Eigentümlichkeit, das Cholestearin zu fällen. Die Conditio sine qua non dieser Fällung ist die saure Reaction der Galle, welche sofort durch die Pilze bewirkt wird. Sie sind nach Autor demnach als die specifischen Mikroorganismen der Cholestearin-Steinbildung zu betrachten.

Ueber die Darstellung von Gallensteinen im Lebenden mittels der Röntgenstrahlen berichtet Prof. Beck (New-York). Zur Bestimmung der Zeitdauer, welche man zur Darstellung von Gallensteinen benötigt, genügt nicht ein einmaliges Verfahren, man muss erst eine lange und dann eine kurze Exposition machen. Je länger die Exposition (ungefähr zehn Minuten), desto deutlicher heben sich die Lebergrenzen hervor und desto schwächer die Steine. Die kurze Exposition wird auf fünf Minuten festgesetzt. Nur solche Röhren sind zu verwenden, welche die Durchleitung sehr grosser Elektricitätsmengen vertragen und deren Durchleuchtungskraft sehr hoch ist. Eine sehr harte Röhre lässt die Strahlen durch die Steine hindurchgehen. Der Darm muss vorher völlig entleert sein. Der Kranke befindet sich in Bauchlage und die Bestrahlung erfolgt nicht vertical, sondern lateral, mit einem Projectionswinkel von 45—55°. Bei schiefer Durchleuchtung erscheinen die Steine allerdings grösser. Ein negatives Resultat beweist nichts gegen die Anwesenheit der Cholelithiasis, man muss mehrere Aufnahmen machen. Die chemische Zusammensetzung der Steine verursacht verschieden deutliche Bilder, einfache Cholesterinsteine zeigen einen nur geringen Schatten, während Steine, welche viel Kalk enthalten, sich sehr deutlich abheben.

Auf dem deutschen Balneologencongress zu Berlin hob Dr. Pariser (Homburg) in seinen Auseinandersetzungen besonders hervor, dass der Therapeut seine Aufgabe darin sehen soll, die Cholelithiasis latent zu erhalten oder sie wieder latent zu machen, und zwar durch Ruhe und Karlsbader Curen. Er soll aber nicht darauf ausgehen, gewaltsame Steinwanderungen zu erzwingen und so das primäre Uebel, den Gallenblasencatarrh, wieder anzufachen.

Dr. Chauffard (Paris) erörtert die Frage, inwieweit man durch medicamentöse Mittel (von Trinkcuren abgesehen) die Häufigkeit und Heftigkeit von

Digitized by Google

Kolikanfällen herabsetzen könne. Die Behandlung muss naturgemäss nach der Art des Leidens eine prolongirte sein. Als wertvoll haben sich namentlich Natrium salicylicum und benzoicum und das balsamische Harlemer Oel (Ol. animal. Dippeli, Petroleum, Ol. Terebinth. Spirit. camph. āā.) erwiesen. Ersteres ist ein Cholagogum, indem es die Gallenmenge vermehrt, dieselbe flüssiger macht und gleichzeitig die ausgeschiedene Menge an festen Stoffen erhöht. Man gibt es in verhältnissmässig geringen Dosen (1—2 g pro die), um bei langdauerndem Gebrauche störende Nebenwirkungen zu vermeiden; am besten combinirt mit Natr. benzoic. während der Mahlzeiten, mitunter 1—2 g Karlsbader Salz daneben. Diese Medication soll 10—20 Tage im Monate erfolgen. Vom Harlemer Oel werden alle 8—10 Tage Abends 1—2 Kapseln genommen. Eine derartige Behandlung erwies sich Verfasser wiederholt bei sehr schweren Fällen stets wiederkehrender Koliken (72 innerhalb drei Jahren bei einem eingehend beschriebenen Krankheitsfalle) als sehr wertvoll; combinirt mit dieser ein strenges Regime, bestehend in Milch, später in gemischter Kost (mehr Gemüse als Fleisch), nebst Milch. Verfasser möchte daher die operative Behandlung der Cholelithiasis entschieden eingeschränkt sehen und, abgesehen von den chronischen, infectiösen oder bilioseptischen Formen, höchstens dann operiren, wenn eine energische medicamentöse Behandlung von entsprechend langer Dauer nach obigen Angaben vergeblich versucht wurde. Dieselbe ist jedoch nach Verfassers Meinung so wertvoll, dass es zumeist zu einer Operation nicht kommen werde.

Dr. Richardson (Boston) fordert die operative Entfernung der Gallensteine, sobald dieselben einigermassen (reasonably) sicher diagnosticirt sind. Contraindicirt wäre ein operativer Eingriff nur im Falle die Nachbarorgane ebenfalls derart erkrankt wären, dass die Operation gefährlicher wäre, als die Gallensteinkrankheit. Richardson stützt seine Forderung auf die Thatsache, dass Gallensteine eingreifende pathologische Veränderungen directer sowohl, als indirecter Natur hervorbringen. Dieselben sind nicht nur in der Gallenblase selbst, sondern auch in dem Ductus cysticus und choledochus wahrzunehmen. Operirt man früh, wo also noch geringe Veränderungen erwartet werden dürfen, so ist die Prognose absolut gut, während später bei verdickter und adhärenter Gallenblase, Empyem und anderweitigen schweren Complicationen die Aussichten viel schlechter sind.

Dr. Senn legt grossen Wert auf eine genaue Diagnose und bestätigt auch die Zuverlässigkeit der Methode, Gallensteine mittels Röntgenstrahlen zu diagnosticiren. Hat man die Gallensteine festgestellt, so soll man erst eine conservative Behandlung versuchen. Wenn die Patienten wohlhabend sind, so sende man sie nach Karlsbad. Erst wo Complicationen eintreten, soll man zum Messer greifen.

Prof. Riedel (Jena) operirt nicht, wenn dem typischen Anfalle am 2.—3. Tage Icterus und dann Abgang kleiner Steine per vias naturales folgt; mag sich die Zahl der Anfälle wiederholen, so ist bei stetem Abgang kleiner Steine ebenfalls von der Operation abzusehen. Setzen aber erfolglose Anfälle ein, dann stecken wahrscheinlich grössere Steine in der Gallenblase, die entfernt werden müssen. Passiert ein grösserer Stein die Papille, dann können auch andere folgen; nur erfolglose Anfälle indiciren den operativen Eingriff. Dagegen gibt ein erfolgloser Anfall ohne Icterusauftritt Grund zum Operiren, damit tieferes Eindringen der Steine in die Tiefe verhütet wird. Abführmittel führen bisweilen Latenz herbei, die jedoch nicht immer von Dauer ist. Bleibt der zu oberst sitzende Stein, wie man durch längeres, meist 2—3 Wochen langes Abwarten erfährt, im Ductus choledochus stecken, so soll man nicht zu lange warten, bis der sich erweiternde Choledodus eröffnet wird.

Bei Cholelithiasis ist nach Prof. Rejchmann (Warschau) ein chirurgischer Eingriff bei Verwachsungen der Gallenblase mit den Nachbarorganen, bei langdauernder Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein, bei Empyem und Hydrops cystis felleae, bei Leberabscess, bei drohendem Kräfteverfall in Folge von häufigen Rückfällen, indicirt

Digitized by Google

vorausgesetzt, dass die internen Mittel versagen. Besonders muss noch betont werden, dass Morphiummissbrauch und Armut des Kranken, die eine längere methodische Behandlung nicht gestattet, nach Rejchmanns Ansicht eine Indication zum chirurgischen Eingriff abgeben.

Was die Indication zum chirurgischen Eingriff bei Cholelithiasis anlangt, steht Dr. Fiedler (Dresden) auf folgendem Standpunkt. Wenn die Kolikschmerzen und Incarcerationserscheinungen immer wiederkehren und Steine in den Dejectionen nicht gefunden werden, wenn der Kranke abmagert und herunterkommt; wenn er immer wieder an der Ausübung seiner Berufsthätigkeit gehindert wird und die internen Mittel erschöpft sind, dann ist die Operation indicirt und man sollte nicht lange mit ihr zögern. Man muss immer daran denken, dass die Situation der an Gallensteinen Leidenden von dem Augenblick an, wo der Stein die Gallenblase verlässt, eine ernste ist, dass die Gefahr der Entwicklung eines Carcinoms der Gallenwege um so grösser ist, je länger der Stein seinen Reiz auf die Gallenblase ausübt; ferner muss man daran denken, wie günstig die Resultate der Operation sind, so lange die Steine in der Blase liegen (nur 1,5 % Mortalität). Die Operation ist ferner indicirt bei Hydrops vesicae felleae, wenn die Flüssigkeitsansammlung zunimmt und der Kranke heftige Schmerzen dabei empfindet. Ferner soll operirt werden, wenn man annehmen darf, dass es sich um eitrige Cholecystitis handelt, da bei dieser die Gefahr der Allgemeininfection mit jedem Tage wächst; ebenso wenn Erscheinungen von Peritonitis auftreten, die Perforation befürchten lassen, oder wenn schwere Erscheinungen (Schmerzen) vorhanden sind, die auf Verwachsungen der Gallenblase und Gallengänge mit der Umgebung hindeuten. Endlich ist der chirurgische Eingriff indicirt, wenn ein dauernder Verschluss des Ductus choledochus besteht.

Prof. Kehr (Halberstadt) gibt folgende Antwort auf die Frage der Sterblichkeit nach Gallensteinoperationen. Solange die Steinkrankheit auf die Gallenblase und den Cysticus beschränkt bleibt, der Chirurg die Gallenblase nur aufschneidet oder entfernt, beträgt die Mortalität nicht viel mehr wie 2—3 %. Stecken die Steine schon im Choledochus, so ist ihre Entfernung schon schwieriger und die Mortalität mag auf 4, auch 5 % steigen, aber so lange nicht diffuse eiterige Choleangitis besteht, ist bei sachgemässer Ausführung der Choledochotomie, resp. Hepaticusdrainage keine erhebliche Lebensgefahr mit der Operation verknüpft. Die günstige Prognose schlägt aber ins Gegenteil um, sobald die Infection in den Gallengängen hochsteigt, und sie wird ganz schlecht, wenn sich zur Cholelithiasis — und das ist leider häufig der Fall — Carcinom der Gallenblase oder des Choledochus hinzugesellt. Gleichzeitige Operationen am Magen und Darm erhöhen die Mortalität der Gallensteinoperation um 5—20 %, je nachdem, ob wir es mit einem gut- oder bösartigen Leiden zu thun haben. Erkrankt im Anschluss an die Cholelithiasis das Pankreas — und je mehr er operirte, um so häufiger fand er nicht nur acute, sondern auch chronische Entzündungen des Pankreas, Nekrosen und Abscesse — so hängt die Prognose der Operation wesentlich davon ab, ob es gelingt, die Pankreasaffection zu heilen. Auch hierbei zieht er die Hepaticusdrainage der Anastomosenbildung zwischen Gallensystem und Darm vor, weil er sich vor einer neuen Infection der Leber und des Pankreas fürchtet.

Um die Zahl der Recidiven nach Operationen an den Gallenwegen nach Möglichkeit zu beschränken, ist es, wie Dr. Mohr auseinandersetzt, vor Allem notwendig, frühzeitig zu operiren, bevor die Gallenwege irreparable Störungen aufweisen und bevor die technischen Schwierigkeiten in Folge von Complicationen so gewachsen sind, dass das Zurücklassen von Steinen in den Gallenwegen leicht möglich ist. Um die neuerliche Steinbildung, welche nach den neueren Untersuchungen nur in der Gallenblase stattfindet, zu verhüten, ist es angezeigt, in jedem chronischen Falle von Gallensteinen die Cholecystectomie zu machen, gleichzeitig wird damit auch der späteren Entwicklung von Carcinom am Boden der Schleimhautulcerationen in der

Digitized by Google

Gallenblase vorgebeugt. Verbindet man die Cholecystectomie mit der von Kehr angegebenen Spaltung und Drainage des Hepaticus, so wird den Entzündungen der Gallenwege und daher der Entstehung eines Recidives noch intensiver entgegen gearbeitet. Nächst den Aenderungen der Technik ist die Nachbehandlung von grosser Bedeutung bezüglich der Recidive. Die constitutionellen Ursachen der Steinbildung müssen durch Regelung der Diät, Lebensweise u. s. w. ergänzend bekämpft werden. Nachdem die Operation durch Entfernung der Steine und sonstiger Hindernisse den Gallenzufluss wieder hergestellt hat, wird eine Karlsbader Cur auf die noch zurückbleibenden Veränderungen eher einwirken können, als bei nicht operirten chronischen Formen, bei welchen die Cur meist nur eine Latenz des Leidens hervorbringt. Durch die Karlsbader Cur werden die Circulationsverhältnisse im Leber- und Pfortadersystem gebessert, Magen- und Darmcatarrhe werden behoben, kurz alle durch die Operation nicht direct zu beeinflussenden Veränderungen, welche zu späteren Beschwerden führen, werden günstig beeinflusst. Insbesondere kommt hier die Wirkung auf die nach Entfernung der Steine restirenden entzündlichen Adhäsionen in Betracht. Die Regelung der Peristaltik, die Abnahme der Entzündung nach der Karlsbader Cur, wirkt hier schmerzlindernd, und die Beschwerden von Seiten der Adhäsionen werden dann meist sehr gemildert oder ganz aufgehoben.

Dr. Kuhn (Cassel) macht darauf aufmerksam, dass man bei jeder Operation am Gallensystem auch die tieferen Gallengänge aufs sorgfältigste und genaueste abtasten und sondiren muss, bevor man die Bauchhöhle schliesst, um das Zurückbleiben übersehener Steine und Concremente zu verhüten. Denn die sogenannten Recidive, welche in den Augen Vieler die Gallenchirurgie discreditiren, verdanken fast immer vergessenen Steinen ihre Entstehung. In manchen Fällen handelt es sich nicht um eine Verlegung der Gallengänge durch Steine, sondern um Stenosen in den Gängen, welche das Bestehen von Fisteln unterhalten. Zum Schliessen von solchen Gallenfisteln, bei denen man andere freie Abflusswege annehmen kann, geht Verfasser folgendermassen vor. Zunächst wird man mit Heftpflaster eine Verlegung der Fistel unter Bildung einer Hautfalte versuchen, viel nützt dies meist nicht, wenn man nicht die Zwischenräume der Hautfalte und des ziemlich langen Heftpflasterstreifens mindestens mit Celluloid, das in Aceton gelöst ist, wasserdicht bestreicht und verklebt. Besser gelangt man zum Ziele, wenn man die Fistel unter aseptischen Cautelen anfrischt und exact vernäht und dann die Nahtstellen und ihre nähere Umgebung mit flüssigem Celluloid bestreicht, wobei dünne Flöckchen Watte oder auch ein Stückchen recht weitmaschiger Gaze zur Verstärkung eingelegt und festgeklebt werden können. Auf diese Weise gelingt es, selbst stark secernirende Fisteln recht gut zu schliessen und Verschlüsse herzustellen, die selbst einem hohen inneren Druck Stand halten. Zur Sondirung schwer zugänglicher Gallengänge benutzt Verfasser die von ihm angegebenen Spiralsonden, die an ihrem Ende mit einem Knöpfchen versehen sind und durch eingeführte dünne Mandrins in jede Form und Biegung gebracht werden können. Diese Sonden sind oft für die Sondirung der Gallengänge allein benutzbar. Ein anderer Kunstgriff, welcher die Orientirung in den Gallengängen erleichtert, ist die Anfüllung der Gallenwege mit steriler Flüssigkeit; dadurch werden die Gallengänge besser sichtbar gemacht und ihre Durchgängigkeit kann geprüft werden.

Von der baktericiden Wirkung der Galle von Prof. Talma (Zeitschr f. klin. Med. 5. u. 6. Heft. — Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis von DDr. Ehret und Stolz (Mitth a. d. Grenzgeb — Schm. Jahrb. 270 Bd. 4. Heft). — Die Bakterien bei der Gallensteinbildung von Dr. Italia (Rif. med. — Münchener med Wochenschrift Nr. 45). — Ueber die Darstellung von Gallensteinen im Lebenden mittelst der Röntgenstrahlen von Prof. Beck (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 19 — Dr. Pariser über die interne Behandlung der Cholelithiasis auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Ther. d. Gegenw. 4. Heft). — Ueber die präventive Behandlung der Gallensteinkolken von Dr Chauffard (Sem méd. — Wiener med. Blätter Nr. 5). — Die Wichtigkeit der frühen Operation bei Gallenleiden von Dr. Richardson (Journ. of the Amer. Med. — Münchener med. Wochenschr Nr. 2). — Ueber

Digitized by Google

Gallensteine von Dr. Senn. Ebendaselbst. (Ebendaselbst). — Ueber die Gallensteine von Prof. Riedel (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 3). — Ueber die Behandlung der Cholelithiasis von Prof. Reichmann (Gaz. lek. — Ther. d. Gegenw. 8. Heft). — Ueber Gallensteine und Gallensteinkrankheit von Dr. Fiedler (Münchener med. Wochenschr. Nr. 43). — Wie gross ist heute die Mortalität nach Gallensteinoperationen von Prof. Kehr (Münch. med. Wochenschrift Nr. 23). — Ueber Recidiven nach Operationen an den Gallenwegen von Dr. Mohr (Volkm. Samml. klin. Vortr. Nr. 309). — Freigänge bei Gallensteinoperationen von Dr. Kuhn (Münchener med. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 10).

**Geburtshilfe.** Prof. Schäffer (Heidelberg) machte die Erfahrung, dass die exspectativ behandelten Fälle von Abortus im weiteren sexuellen Leben der Frau weit weniger günstige Resultate aufwiesen, als die curettirten; dass häufiger Fehlgeburten, Sterilität, Menorrhagien, irreguläre Menstruationen, vor Allem aber Geburtsstörungen, zumal in der Nachgeburtsperiode zu verzeichnen waren; dass ferner diejenigen Fälle, welche trotz der Curettage (unter Ausschluss der gonorrhoischen Fälle) später wenig günstige Resultate lieferten, alle nicht Erkrankungen des Endometriums, sondern andere Genitalanomalien aufwiesen, so z. B. Infantilität, Genitaltuberculose, Ovariendegeneration oder Tumoren, schwere Stoffwechselanomalien, Tropenkrankheiten und andere Erschöpfungszustände des Gesammtorganismus. Es zeigte sich ferner, dass allemal lange vor der Fehlgeburt pathologische Erscheinungen, vor Allem Menstruationsbeschwerden oder organische Fehler vorhanden gewesen waren. Die Forderung Autors besteht darin, bei einer jeden Fehlgeburt, da sie fast immer nur ein Symptom in einer Reihe von vor- und nachher vorhandenen pathologischen Erscheinungen ist und nur selten der nicht inficirende Abortus an sich der Anlass zu secundären Leiden ist, die Behandlung streng nach dem Status quo und nach den Vorerscheinungen zu regeln, weit häufiger als es im Allgemeinen geschieht, den anscheinend glatt beendeten Abortus dennoch als einen inkompleten zu behandeln und lege artis auszuschaben und dann zu tamponiren. Nicht aber etwa will er jeden Abortus ausschaben; hier soll eben individualisirt werden.

Die Indication des künstlichen Abortus bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen besprach Prof. Jolly (Berlin) auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg. Als wichtigste Erkrankung ist die Chorea gravidarum zu nennen. Die Gefahren sind durch Endocarditis und Albuminurie, welche als Begleiterscheinungen der Infection auftreten, bedingt. Ferner gesellen sich hallucinatorische Zustände, in denen die Kranken schwer zu ernähren sind, hinzu, in Folge deren die Frauen marantisch zu Grunde gehen können. Eine weitere Gefahr liegt in der Intensität der choreatischen Bewegungen, welche zu Verletzungen und allgemeinen furunculösen Abscessen führen können. Es lässt sich nun bestimmt versichern, dass man durch die Unterbrechung der Schwangerschaft gewöhnlich eine rasche Abnahme der choreatischen Erkrankungen erzielen kann. Es ist nicht von vornherein bei Chorea notwendig, die Schwangerschaft zu unterbrechen, man muss aber darauf gefasst sein, bei Zunahme der Jactationen, bei Störung der Ernährung, die Fehlgeburt einzuleiten. Weitere Neurosen, welche in Frage kommen, sind die Epilepsie, bei ihr ist die Unterbrechung der Schwangerschaft wertlos; auf die Eklampsie geht Jolly nicht näher ein. Eher findet sich bei Hystero-Epilepsie die Indication zur Unterbrechung der Gravidität. Von den hysterischen Erscheinungen ist unstillbares Erbrechen zu erwähnen, wie weit dasselbe jedoch hysterischer Ursache ist, lässt sich nur von Fall zu Fall erörtern. Häufig entwickelt sich während der Schwangerschaft Melancholie, das Gefühl der fehlenden Leistungsfähigkeit, Selbstanklagen, Angstgefühl und Selbstmordideen sind nicht selten. Viele Fälle genesen während der Gravidität, bei manchen jedoch finden sich Uebergänge in delirante Zustände, selbst Formen, welche zu dauernden Psychosen führen können. Die Angst vor dem ungünstigen Verlauf der Schwangerschaft ist häufig. Jolly schildert Fälle, in denen durch Unterbrechung der Schwangerschaft sich sehr schnell das psychische Verhalten besserte.

Prof. Cholmogorow (Moskau) hat



Digitized by Google

49 Fälle von habituellem Abort und habitueller Frühgeburt beobachtet. Da Syphilis häufig der Grund für habituellen Abort oder Frühgeburt ist, leitet Cholmogorow häufig eine antisyphilitische Cur ein entweder in Form von Einreibungen von Ung. cin. oder Injection von 1% wässriger Sublimatlösung. Die alleinige Verabfolgung von Jodkali hält Verfasser für nicht genügend. Oft genügt eine einmalig durchgeführte Cur nicht oder schlägt nur auf die Dauer einer Schwangerschaft vor, während später wieder macerirte frühreif geborene Kinder zur Welt kommen. Daher kommt es vor, dass man eine antisyphilitische Cur dreimal anwenden muss.

Wie Dr. Schoedel (Chemnitz) mitteilt, wird in der Frauenklinik zu Dresden folgende Methode bei der Einleitung der Frühgeburt geübt. Den Anfang macht stets die Einführung einer Bougie. Zuweilen genügt schon dieser Reiz zur Anregung kräftiger Wehen, und die Geburt kommt ohne weitere Nachhilfe oder nur noch unter kurzdauernder Kolpeuryse zum Abschluss. Ist jedoch nach Ablauf von 24 Stunden keine sichtbare Wehenwirkung vorhanden, so wird jetzt zur Erhöhung des Reizes eine zweite Bougie eingeführt. Dies genügt dann meist, um in den nächsten 24 Stunden den Muttermund für 1—2 Finger durchgängig zu machen. Sobald dies eingetreten ist, wird nunmehr ein Gummiballon von der Form des Braun'schen Kolpeurynters mit einem Raumgehalt von 250 bis 500 ccm intrauterin eingeführt. Seine Wirkung wird noch durch einen elastischen Zug an seinem Ansatzschlauch vermehrt. Seit Anwendung dieses Verfahrens ist die Geburtsdauer erheblich abgekürzt worden; sie betrug im Durchschnitt nur 41 Stunden. Dass diese Abkürzung für das kindliche Leben nicht bedeutungslos ist, bedarf keiner Betonung. Als weitere Vorzüge des geschilderten Vorgehens sind folgende Punkte hervorzuheben: Die Weichteile werden sehr gut vorbereitet. Operationen bei unvollständig erweitertem Muttermunde kommen daher kaum noch vor; Collumrisse sind entsprechend selten geworden. Nicht hoch genug zu bewerten ist auch die Schonung der Blase, die mit der Anwendung des Metreurynters verbunden ist, ein Moment, das die Erfolge eventuell nötiger Wendungen und Extractionen ausserordentlich begünstigt.

Dr. Prochownik (Hamburg) hat angeblich durch diätetische Maassnahmen sehr günstige Ergebnisse in Fällen erzielt, wo es sich bei mässigen Graden von Beckenenge darum handelte, die klinische Frühgeburt zu umgehen. Die Diät wurde so eingerichtet, dass sehr viel Eiweiss verabreicht wurde, aber mit so reichlicher Fettzugabe, dass keine Eiweisszersetzung eintreten konnte. Dabei wurde die Zufuhr von Kohlehydraten nach Möglichkeit herabgesetzt und auch die Flüssigkeitszufuhr auf eine ganz geringe Menge (400—500 ccm im Maximum pro Tag) eingeschränkt. Mit dieser Diät soll 10—12 Wochen vor der zu erwartenden Niederkunft begonnen werden; in den ersten beiden Wochen setzt die Cur mässig ein, muss aber dann ganz streng durchgeführt werden. Prochownik verfügt über 17 Beobachtungen (Frauen mit einer Conjugata vera bis zu 8 cm), bei denen ein lebendes Kind ohne Frühgeburt erzielt wurde, während vor der Cur mindestens eine schwere Geburt mit todtem oder sehr gefährdetem Kinde zu verzeichnen war. Unter diesen 17 Fällen war 9 mal auch künstliche Frühgeburt voraufgegangen. Die Frauen vertrugen die Diätveränderung gut und überwanden die kleinen, mit der Cur zusammenhängenden Beschwerden (Durst) sehr bald. Die erzielten Kinder waren fettarm, schlank, mager, aber vollkommen reif, von normaler Länge, wenn auch geringem Gewicht; sie erwiesen sich als durchaus lebenskräftig und widerstandsfähig und zeigten selbst bei Flaschennahrung ganz gesetzmässige Zunahme.

Dr. Bokelmann (Berlin) hat obige Schwangerschaftsdiät durch acht Jahre versucht und als wichtige prophylaktische Maassregel besonders bei Frauen mit engem Becken erprobt. Er liess diese Diät auch solche Frauen geniessen, bei denen ohne enges Becken die vorausgegangenen Geburten in Folge der das Mittelmaass erheblich überschreitenden Grösse der Früchte schwierig verlaufen waren, und auch die alten Erstgebärenden,

Digitized by Google

bei denen ja gewöhnlich Schwierigkeiten bei der Geburt bestehen; schliesslich erteilte der Autor gelegentlich auch unter normalen Verhältnissen den Schwangeren den Rat, Excesse nach der anderen Seite, also zu vieles Trinken, häufigen Genuss von Süssigkeiten, Confituren etc. zu vermeiden. Autor bestätigt auch die Angaben anderer Autoren, dass die Kinder sich durch Schlankheit, Magerkeit, resp. Fettarmut und leichtere Verschieblichkeit der Kopfknochen unterscheiden und weniger Kunsthilfe notwendig machten; dabei entwickeln sich die Kinder später ganz normal. Die so genährten Frauen verfügen über einen energischer arbeitenden Uterus, eine kräftigere Bauchpresse und somit auch über eine bessere Wehenthätigkeit. Diese wasserentziehende und Fettansatz verhindernde Diät Prochownik's ist sowohl auf die Stärkung der allgemeinen Körpermusculatur, wie auf diejenige des Uterus von günstiger Wirkung.

Dr. Porak und Dr. Guéniot stellten Versuche über die Medullarnarkose bei Gebärenden an und kamen zu folgendem Ergebniss: Nach Injection von 0,01—0,02 Cocaïn, das zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel in den Subarachnoidealraum eingespritzt wurde, wurden die Wehen nach 5—10 Minuten schmerzlos. Nach Injection von 0,0075 Cocaïn sind die Wehen zwar noch bohrend, aber für 27 Minuten schmerzlos. Die vollständige Analgesie dauert nach Injection von 0,01—0,02 1 Stunde 24 Minuten bis 2 Stunden 15 Minuten. Nach der Injection sind die Wehen kräftiger, häufiger und andauernder als vorher. Zwischen den einzelnen Wehen bleibt der Uterus in einem Zustand von Halbcontraction; man wird deshalb vorerst die Medullarnarkose in solchen Fällen vermeiden, in denen die innere Wendung auf den Fuss in Frage kommen kann. Der Blutverlust war mässiger als im Durchschnitt. Die Frucht wurde nicht beeinflusst. Ueble Nebenerscheinungen von Belang traten nicht auf.

Auch Dr. Doléis und Dr. Malarsie bestätigten, dass die subarachnoidale Cocaïninjection, welche sie in 25 Fällen (10 Erstgebärende) angewendet haben, eine Schmerzlosigkeit der Wehen hervorrief, wobei dieselben gleichzeitig an Häufigkeit und Intensität zunahmen.

Eine neue Technik des Dammschutzes wird von Dr. Hofbauer (Wien) angegeben. Während die rechte Hand beim Austritte des Kopfes in üblicher Weise den Dammschutz besorgt, versucht die linke Hand den Kopf in einer durch die Stellung des Rückens bedingten Richtung um etwa 40° zu drehen, wodurch der Damm weniger in Mitleidenschaft beim Austritt des Kindes gezogen wird. Verfasser bezeichnet dieses Verfahren als antecipirte äussere Rotation.

Ueber die Bedeutung der Melli-Walcher'schen Hängelage schreibt Dr. Perondi. Die Frau wird langsam aus der Rückenlage mit angezogenen und gegekrümmten Knien in eine andere Lage gebracht, in welcher unter Innehaltung der Rückenlage die Hüften so viel wie möglich über den Bettrand hinaushängen und die Beine bei einem unter das Kreuz geschobenen Kissen frei über dem Boden schweben, ohne diesen zu berühren. Untersuchungen ergaben, dass sich das Becken bei dieser Lage in wahrnehmbarer Weise erweitern könne und dass diese Erweiterung sehr ausgesprochen sei, zumal bei leicht plattem Becken; selbst 1,5 cm kann die Erweiterung ausmachen. Wenn sich die Geburt durch ungenügende Wehenkraft verzögert, auf Grund einer Schwäche der Gebärmuttermusculatur oder durch mangelnde Anpassung der kindlichen Kopfdurchmesser, durch Rigidität der weichen Geburtswege oder durch übermässige Grösse des Fötus, so wird diese Methode meist Vorteile bieten, besonders wenn die Notwendigkeit besteht, die Geburt unverzüglich zu Ende zu bringen. Kann man aber in einem gegebenen Falle nicht auf die Anlegung der Zange verzichten, so bietet auch hiebei die Hängelage wichtige Vorteile: die Traction lässt sich besser vornehmen und entspricht mehr der Beckenachse; auch wird der Damm viel weniger gespannt, so dass weder so schwere, noch so häufige Dammzerreissungen wie bei anderen Lagen eintreten. Die glänzendsten Resultate aber hat die Melli-Walcher'sche Lage bei der Herausziehung des Kindes an den Füssen ergeben. Diese neue Lage wird auch die



Digitized by Google

Indicationsgrenzen für die Symphyseotomie präcisiren, ohne jedoch je im Stande zu sein, sie zu ersetzen, wie dies schon — mit Uebertreibung — ausgesprochen worden ist. Auch auf dem Gebiete der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge ist es klar, dass sie erheblich die Sterblichkeit der frühzeitig geborenen Kinder herabsetzen wird, die trotz der Einführung der Brutkästen, Einwicklungen und Wärmplatten noch immer eine recht hohe ist. Man kann beispielsweise bei einer Conjugata vera von 7 cm mit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bis zum achten Monat warten, so dass sich die Zahl der Todesfälle aus mangelnder Reife entschieden beträchtlich vermindern muss. Die eingreifendsten Operationen für Mutter oder Kind (Embryotomie, Kaiserschnitt, künstlicher Abort) werden sich zu Gunsten weniger ernster Eingriffe (Zange, Wendung, künstliche Frühgeburt) in ihrer Frequenz herabsetzen lassen, indem sich die Indicationen für die letzteren erweitern. Auch zu neuen Behandlungsmethoden kann man greifen: z. B. zur Symphyseotomie, combinirt mit Melli-Walcher in Fällen, die bislang der Embryotomie oder Sectio caesarea verfielen.

Ueber die Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage berichtet Dr. Cramer (Bonn). In Rückenlage der Gebärenden mit herabhängenden nach aussen rotirten Oberschenkeln wird bei Beckenverengerung die Impression des Kopfes der Frucht gemacht, indem man über den Bauch ein in Sublimat getränktes Tuch legt und die beiden Fäuste zu beiden Seiten des Kopfes ansetzt und den Kopf gleichsam in's Becken hineinpresst. Bei Impression mit den Fingerspitzen (Daumen auf der einen, die anderen Finger auf der anderen Seite des Kopfes) gleitet man leicht ab und ist der Druck viel geringer; bei Verwendung der Faust beträgt er 70 bis 90 Kilo. Bei der Impression kann wohl eine Fractur des kindlichen Schädels, eine Symphysenruptur, vielleicht auch eine Uterusruptur eintreten, aber diese Gefahren sind nicht häufiger als bei normaler Geburt. Dagegen macht die Impression das Anlegen der hohen Zange unnötig; wo die Impression nichts nützt, nützt die hohe Zange auch nichts. Der in Narkose vorgenommenen gelungenen Impression möge sofort Extraction mit der Zange folgen. Vor Anwendung der Impression bei Fällen langer Geburtsdauer wird gewarnt.

Für der Behandlung der Geburt beim engen Becken kommen nach Dr. Albert (Dresden) folgende Gesichtspunkte in Betracht. Soweit es sich um die mittleren Grade der Beckenverengerung, also die Becken mit einer Conjugata vera von 7 bis 9½ cm, handelt, ist bei Erstgebärenden auf spontane Geburt hinzuarbeiten, bei Mehrgebärenden zunächst auf Wendung, ohne aber ausser Acht zu lassen, dass auch bei diesen eine spontane Geburt möglich ist. Bei allen Gebärenden dieser Gruppe ist vor allen Dingen verstrichener Muttermund und stehende Blase die beste Vorbedingung zu jeder Art des Geburtsverlaufes, deshalb Kolpeuryse, eventuell bei bereits gesprungener Blase auch intrauterines Einlegen des Kolpeurynters mit Benützung seines Gummischlauches als elastischem Zug. Im weiteren Verlaufe bei Erstgebärenden Sprengen der Blase, Walcher'sche Hängelage; bei Mehrgebärenden dasselbe, sofern der Kopf gut eingestellt und auch nur mit einem Segment im Beckeneingange steht; bei schlechter Einstellung oder Hochstand des Kopfes sofortige Wendung und Extraction, wenn der Muttermund vollständig erweitert ist. Der Kolpeurynter wird angewendet: 1. Wenn bei vorzeitigem Blasensprunge der Kopf noch nicht eingetreten ist, zum Schutze des Fruchtwassers, zur Erweiterung des Muttermundes und zur Verstärkung der Wehen, besonders bei Erstgebärenden. 2. Wenn bei stehender Blase, unvollständig eröffnetem Muttermunde und engem Becken der Kopf sich nicht einstellen will, zumal bei Erstgebärenden, und stets bei bestehender Schief- oder Querlage. 3. Wenn man sich noch kein klares Urteil über den Verlauf der Geburt hat bilden können, also besonders bei mittleren Graden der Beckenverengerung zur Vorbereitung auf alle Vorkommnisse, vorausgesetzt, dass die Wehenthätigkeit wirklich begonnnen hat.

Unter 170 Perforationen in der Leip-

Digitized by Google

ziger Frauenklinik während der letzten fünf Jahre wurde, wie Dr. Bretschneider mitteilt, 132 mal bei meist erheblich verengtem Becken die Kranio-Cephaloklasie ausgeführt, 119 mal am vorangehenden, 13 mal am nachfolgenden Kopfe. An Verletzungen kamen dabei vor: 5 Dammrisse, 2 Scheiden-, 2 Clitoris- und 2 Cervixrisse. Bei schweren Complicationen von Seiten der Mutter, wie hohem Fieber, Tympania uteri, drohender Uterusruptur, schwerem Herzfehler wurde an Stelle des Kaiserschnittes oder der Symphyseotomie die Perforation auch bei lebendem Kinde vorgezogen. Unter den 132 Fällen waren im Ganzen 10 Todesfälle, 1 an Puerperalfieber (schon vor der Perforation Fieber), 1 an eiteriger Peritonitis (complete Uterusruptur durch Zangenversuche nach der Perforation). In den übrigen 8 Todesfällen kamen die Genitalien für den tödtlichen Ausgang überhaupt nicht in Betracht. Diese günstigen Krankheits- und Sterblichkeitverhältnisse schreibt Bretschneider neben der verbesserten Handhabung der Asepsis und Antisepsis und der erweiterten Indicationsstellung, den Vorteilen der angewandten Kranio-Cephaloklasten zu, der sich auch bei noch beweglichem Kopfe leicht anlegen lässt und die Operation, die sonst aus Perforation, Zertrümmerung und Extraction getrennt besteht, wesentlich abkürzt dadurch, dass man mit dem eingebohrten Instrumente, das sehr festsitzt, die Basis cranii vollständig zertrümmern und dann auch gleich extrahiren kann.

Die Schwierigkeit der Entwicklung des nachfolgenden Kopfes beginnt erst dann, wenn das Kinn rechts oder links am vorderen Beckenrande hängen geblieben ist, Zug nach abwärts oder geradeaus nützt nichts. In solchen Fällen rät Dr. Nagel (Berlin), das Kind gegen den Bauch der Mutter zu heben. Selbst bei mittleren Graden von Beckenverengerung gelingt dann die Entwicklung des Kopfes relativ leicht. In einem Falle hochgradiger Beckenverengerung — sonst einer Indication für Sectio caesarea — vollendete mittels dieses Kunstgriffes Nagel die Geburt per vias naturales mit Perforation des nachfolgenden Kopfes ziemlich leicht.

In der Würzburger Klinik wurden in der Zeit vom Januar 1889 bis Februar 1900 86 Querlagen beobachtet, von diesen betrafen Erstgebärende 8, inclusive der zu früh geborenen Früchte. Die beiden Operationen, die für Erstgebärende im Beginne der Geburt passen, sind nach Dr. Vogel die äussere Wendung und die combinirte Wendung auf den Kopf. Gelingt die äussere Wendung nicht, so empfiehlt Vogel die combinirte Wendung auf den Kopf, mit Sprengen der Blase in der Wehenpause, um den Nabelschnurvorfall zu verhüten. Gelingt auch die combinirte Wendung auf den Kopf nicht, so zieht Vogel die combinirte Wendung auf die Füsse der inneren Wendung entschieden vor. Die innere Wendung soll nach Vogel bei Erstgebärenden nur ausnahmsweise als letztes Hilfsmittel vorgenommen werden. Er warnt dabei wegen der Gefahr des Einreissens der Cervix vor übereilter Extraction.

Bei verschleppten Querlagen übt Dr. Latzko (Wien) folgendes Verfahren: Der Thorax der Frucht wird mit zwei Zangen gefasst, in einem Intercostalraume eröffnet, die Brustorgane entfernt, unter Nachgreifen der Zangen der Schnitt bis zur Wirbelsäule verlängert und letztere durchtrennt. Die transversale Zweiteilung mit Hilfe der Klettermethode eignet sich für Fälle, welche bei drohender Uterusruptur und tiefstehender Schulter dem Erreichen des Halses Schwierigkeiten entgegensetzen.

Dr. Bosse berichtet über die mit dem Kolpeurynter an der Frauenklinik zu Königsberg in 28 Fällen gemachten Erfahrungen. Die Application geschah unter strengster Antiseptik; der Kolpeurynter wird zuvor ausgekocht; die äusseren Genitalien werden mit Heisswasser, Seife, Jute abgerieben, mit 1%iger Lysollösung abgewaschen; die Scheide reibt man mit 1—2 l Lysollösung aus. Den cigarrenförmig gefalteten Kolpeurynter bringt man mit einer gekrümmten Kornzange tief in das hintere Scheidengewölbe und lässt ihn nach Entfernung der Zange durch einen Assistenten mittels Spritze ausfüllen, bis er eng der Vaginalwand anliegt. Man bedarf hiezu 500—750 g Flüssigkeit. Durch an einer Schnur, die

Digitized by Google

über eine Rolle läuft, angebrachte Gewichte wird ein permanenter Zug ausgeführt. Dies erzeugt binnen drei Stunden Wehen, die sich steigern, bis der Ballon ausgestossen ist. Die sofort vorzunehmende innere Untersuchung bestimmt das weitere Verhalten. Für die Metreuryse benützt man vorteilhafter den Champetierschen Ballon. Blase und Mastdarm sind vorher zu entleeren. Unter peinlichster Antisepsis wird der wurstförmig zusammengerollte Ballon zwischen Uteruswand und Eihäute hinaufgeführt. Die Portio wird durch Anhaken fixirt im Rinnenspeculum. Der Ballon ist mindestens 10 cm oberhalb des inneren Muttermundes hinaufzuschieben; dazu braucht man eine eigene Zange, deren Griffe einzeln entfernt werden können. Die Füllung soll nur allmählich gesteigert werden. Den Gewichtszug darf man nur langsam von ½—2 kg höchstens vermehren. Statt der Gewichte kann man auch eine wassergefüllte Flasche anhängen. Die Wehen treten innerhalb drei Stunden ein, die Ausstossung erfolgt binnen zwölf Stunden. Die sofortige innere Untersuchung bestimmt auch hier die weiteren Massregeln. Die Kolpeuryse kam in 16 Fällen in Anwendung, zumeist wegen Eklampsie. Dreimal war die Kolpeuryse erfolglos. Sofort nach Ausstossung, bezw. Entfernung des Kolpeurynters war einmal combinirte Wendung, dreimal Wendung mit Extraction, zweimal Forceps nöthig. In fünf weiteren Fällen musste 1½ bis 42 Stunden später der Forceps angelegt, in einem Falle am heruntergeholten Fusse die Extraktion angewendet werden. Ein Fall starb unentbunden in eklamptischem Coma. Die Metreuryse kam in zwölf Fällen in Anwendung. Maximale Füllung war einmal wegen narbiger Cervixstenose, einmal wegen intrauteriner Asphyxie des Kindes, einmal wegen schwerer Blutung aus einer Placenta praevia lateralis nötig. Wehenthätigkeit trat nur dreimal sofort auf, innerhalb der ersten Stunde auch dreimal, durch verstärkten Zug im Laufe von Stunden zweimal; zweimal wirkte die Metreuryse fast gar nicht; einmal vielleicht wegen zu starker Füllung des Ballons, der die Kraft des Uterus paralysirte. Die Indication war: dreimal Einleitung der Frühgeburt bei engem Becken, einmal drohendes Absterben des Kindes bei rigidem Muttermund, einmal Cervixstenose, viermal Placenta praevia und endometrische Uterusblutung, zweimal Eklampsie und schwere Nephritis, einmal frühzeitiger Blasensprung und Wehenschwäche. Sehr gut bewährt hat sich die Metreuryse bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Dr. Reidhaar spricht sich recht lobend über die Metreurynterfrage aus. Schlimme Erfahrungen hat er nie gemacht, im Gegenteil überall den rechten Eintritt der Wehenthätigkeit beobachten können. Auch die Wochenbette verliefen gut. Indicationen für die Metreuryse sind nach Autor: Künstliche Frühgeburt, Krampfwehen, ungenügende Erweiterung des Muttermundes. Seit Anwendung dieser Methode hat Reidhaar keine Cervicalincisionen und Perforationen im Interesse der Mutter mehr vornehmen müssen. Seine guten Erfolge führt er vor Allem auf den von ihm angegebenen Ballon zurück, der vom Braun'schen in der Form abweicht. Derselbe besteht in einer Gummiblase, welche sich nach oben und unten zuspitzt und im Gegensatz zum Kolpeurynter an seinem unteren Ende nach dem Füllschlauch hin sich nur sehr langsam verjüngt. Der Ballon ist in drei Nummern vorrätig. Die Einführung ist leicht mittels der von Reidhaar angegebenen Kolpeurynterzange oder einer gewöhnlichen Kugelzange nach Anhaken der vorderen Lippe. Die Ballons werden der Reihe nach eingeführt, sie lassen sich leicht sterilisiren und zwar durch längeres Liegen in Sublimat oder Auskochen. Die Firma Knoebel & Laubscher in Basel liefert dieselben.

Dr. Williams hat im John Hopkins Hospital 2123 Fälle von verengtem Becken beobachtet, d. h. Becken, deren Conjugata vera 10 cm oder weniger bei allgemein verengtem und 9,5 cm oder weniger bei plattem Becken betrug. Jede 14. weisse und jede 16. schwarze Frau hat ein verengtes Becken. Angesichts der grösseren Sterblichkeit bei allen anderen operativen Eingriffen und der guten Resultate der Sectio caesarea — die Sterblichkeit beträgt nur 3% — ist er dafür, die Indica-

Digitized by Google

tionen zum Kaiserschnitt zu erweitern; die absolute Indication sollte bei einer Conjugata vera von 7 cm (anstatt 5,5). die relative bei 8,5 (anstatt 7—7,5) für platte und bei 9 cm für allgemein verengte Becken beginnen. Anstatt der Zange am beweglichen Kopf oder der Wendung solle lieber der Kaiserschnitt vorgenommen werden; nur wenn die Patientin inficirt ist oder die Umgebung ein aseptisches Operiren nicht gestattet, sollen die ersteren Methoden, eventuell mit folgender Craniotomie, zur Anwendung kommen und die Sectio caesarea auf die absolute Indication von Seiten des Beckens beschränkt bleiben.

Nach Dr. Mann ist die Porro-Operation nur bei Sepsis, nachgewiesener Gonorrhoe, bei Geschwülsten und Atonie des Uterus indicirt; ferner bei Erkrankung beider Ovarien, bei Uterusruptur, Cervixcarcinom, Osteomalacie und extremen Graden von Scheidenatresie; sonst ist die typische Operation am Platze. Um Sterilität zu erzielen, ist es zweckmässiger, die Tuben zu entfernen. Technik der Coeliohysterotomie: Mediane Incision des Abdomens und Uterus. Entfernung von Kind und Placenta, Vernähung des Uterus durch Catgut, sorgfältige Toilette des Peritoneums. Technik der Coeliohysterectomie: Ebenso wie oben; dann beiderseits Unterbindung der Uterusgefässe und Abtragung bis zur Cervix. Vernähung des Peritoneums oberhalb des Stumpfes.

Prof. Veit (Leiden) stellt den Satz auf, dass, wie die prophylaktische Wendung, so auch der Kaiserschnitt aus relativer Indication eine Mortalität nicht haben darf. Der Geburtshelfer hat nach gewissenhafter Prüfung die Entscheidung allein zu treffen, die Mutter folgt nur dem Rat. Veit hat viermal die Sectio unter Schleich'scher Anästhesie gemacht und sieht darin einen Vorteil gegenüber der Chloroformnarkose. Ferner verzichtet Veit ganz auf die Eventration des Uterus im Interesse der Antisepsis. Was den queren Fundalschnitt angeht, so ist Veit beim Längsschnitt geblieben und operirt, um der Atonie vorzubeugen, nur nach Eintritt von Wehen. Zum Schutz gegen Infection nimmt Veit die Schwangeren drei Wochen vor dem Endtermin in die Klinik auf und explorirt nicht mehr, auch nicht im Beginn der Geburt, operirt vielmehr gleich nachdem äusserlich regelmässige Wehen erkennbar sind. Daher erfolgt der Entschluss zum Kaiserschnitt in der Schwangerschaft.

Prof. Martin (Greifswald) will die Symphyseotomie nur dann machen, wenn der Kopf in den Beckeneingang hereingetreten ist, oder von oben hineingepresst werden kann und damit die Möglichkeit erwiesen ist, dass der Kopf bei einer Erweiterung des Beckeneinganges um 6 cm auch durchgeführt werden kann. Fehlt diese Voraussetzung, so ist im Interesse des lebenden Kindes die Indication zum Kaiserschnitt gegeben. Meist handelt es sich da um Becken, deren Conjugata vera kleiner als 8 cm ist; grosse Früchte mit harten Schädelknochen berechtigen, auch bei etwas grösserer Conjugata zum Kaiserschnitt. Was den letzteren anlangt, so hat sich dem Verfasser der Fundalschnitt in den vier Fällen, in denen er ihn bisher angewendet hat, sehr bewährt; die Blutung ist gering; die Naht leichter als beim Längsschnitt. Für den praktischen Arzt verdient der Kaiserschnitt nach Verfasser den Vorzug vor der Symphyseotomie, weil die letztere nicht unter allen Umständen zum Ziel führt, während der Enderfolg des ersteren sicher ist.

Zur Behandlung der Gebärmutterzerreissung mit vollständigem oder unvollständigem Austritt der Frucht in die Bauchhöhle erteilt Prof. Winckel (München) folgende Ratschläge: Ist die Frucht nur teilweise aus dem Riss getreten. so extrahiren wir, wenn möglich, dieselben auf natürlichem Wege, ebenso die Placenta; dann aber muss unter allen Umständen die Cöliotomie zur richtigen Behandlung des Risses sofort ausgeführt werden. Bei totalem Austritt der Frucht in die Bauchhöhle ist selbstverständlich sofortige Cöliotomie und Extraction der Frucht erforderlich. Wenn die Rissränder glatt, der Rissverlauf einfach ist, wird nach Unterbindung spritzender Gefässe eine Reihe tiefer Muskelnähte angelegt und über diesen durch sehr sorgfältige fortlaufende Catgutnaht das ganze Wundfeld mit Bauchfell übersäumt; dann exakte Reinigung der

Digitized by Google

Bauchhöhle von Blut, Vernix caseosa, Meconium und endlich Etagennaht der Bauchdecken. Bei zerfetzten Rissrändern, verschiedenen Rissausläufern ist Porro-Muskelnaht, sorgfältige Peritonealübersäumung mit Catgut, Versenkung des Stumpfes nach Reinigung der Bauchhöhle, Etagennaht der Bauchdecken ohne alle Drainage indicirt. Totalexstirpation des rupturirten Uterus und Drainage der Bauchhöhle sind nur ganz ausnahmsweise bei bereits ausgesprochener Infection und zerfetzter Cervix anwendbar.

Eine kritische Studie über die operative und nicht operative Behandlung der Uterusruptur auf Grund von 367 in den letzten 20 Jahren publicirten und 19 neuen Fällen veröffentlicht Dr. Klien. Von 149 operirten Frauen mit uncomplicirter Ruptur starben 44 % (66), von den 198 nicht operirten 52 % (102). Von letzteren kommen in Abzug 73, die gar nicht oder nur mit Druckverband behandelt wurden; hiervon starben 53. Von den sonst verbleibenden 125, bei denen Drainage, Tamponade oder Ausspülung angewandt wurden, starben 39 % (49). Von diesen drei nicht operativen Behandlungsarten gab die Drainage der Risse stellt mit einem Gummirohr die besten Erfolge, nämlich nur 17 % Mortalität. Seit 1890 hat sich die Sterblichkeitsziffer der mittels Bauchschnitt Operirten bis auf 37,5 % verbessert. In Fällen von Verblutungsgefahr empfiehlt Klien die sofortige Operation, womöglich an Ort und Stelle, falls die äusseren Verhältnisse den Anforderungen einigermassen genügen, wenn keine Verblutung droht, die Drainage mit Gummirohr, nicht die Tamponade. Die Art des stets per Bauchschnitt vorzunehmenden operativen Eingriffes richtet sich nach Sitz und Grösse des Risses und je nachdem wir es mit einfachen oder complicirten Wundverhältnissen zu thun haben. Die mit Blasenrissen verbundenen Uterusrupturen ergaben eine Mortalität von 87 %.

Dr. Falk sprach in der Berliner medicinischen Gesellschaft über Tubenruptur und Tubenabort. Von besonderer Wichtigkeit ist es in solchen Fällen, schnell zu entscheiden, ob eine Blutung in die freie Bauchhöhle stattfindet und ob dieselbe noch anhält, oder ob sie bereits zum Stillstand gekommen ist, endlich ob die Tube ihren Inhalt vollständig entleert hat, oder ob noch Eiteile in derselben zurückgeblieben sind. Findet ein stärkerer Bluterguss in die Bauchhöhle statt, so sieht man, dass bei der meist in den ersten Monaten der Schwangerschaft befindlichen Frau, die mit Ausnahme von Unregelmässigkeit der Menstruation keinerlei Gesundheitsstörungen aufwies, plötzlich schon bei leichter körperlicher Anstrengung eine schwere Ohnmacht eintritt. Erholt sich die Frau von dem Collaps, so zeigt sich ihr Aussehen verändert. Man findet die Kranke leichenblass, die sichtbaren Schleimhäute blutleer, den Puls klein, fadenförmig, die Pulsfrequenz vermehrt, die Temperatur subnormal, die Atmung beschleunigt, den Leib etwas aufgetrieben, druckempfindlich. Die subjectiven Beschwerden können gering sein; meist geben die Frauen an, dass sie vor dem Ohnmachtsanfall einen heftigen Schmerz im Unterleibe empfunden hätten, oder auch im oberen Teile des Leibes, unter den Rippen oder in der Magengegend. Dieser Symptomencomplex zeigt die innere Blutung in so characteristischer Weise an, dass man die Diagnose auch ohne eingehende Untersuchung stellen kann. Letztere lässt zudem meist im Stich. Wohl kann und soll man sich sofort durch eine vaginale, eventuell auch rectale Untersuchung davon überzeugen, ob sich eine grössere Hämatocele gebildet hat oder ob die Blutung in die freie Bauchhöhle stattfindet. Wesentlich anders sind die Erscheinungen, wenn der Blutaustritt ein langsamer ist, wenn das Blut Zeit hat, um das die Rupturstelle oder die blutende Placentarstelle tamponirende Ei zu gerinnen und entweder eine allmählich wachsende diffuse Hämatocele oder eine solitäre Hämatocele zu bilden. Gewöhnlich bestehen auch in diesen Fällen leichtere Ohnmachtsanfälle, doch eröffnen dieselben nicht das Krankheitsbild, sondern Schwindel und Ohnmachtsanfälle treten erst in einem späteren Stadium auf, nachdem schon stunden- oder tagelang vorher Schmerzen, welche häufig einen wehenartigen Character haben,

Digitized by Google

vorausgegangen sind. Bei grösseren abgekapselten Blutergüssen pflegen sich leichte Temperatursteigerungen einzustellen, welche durch die Resorption des Blutes erzeugt werden und nicht als Zeichen der Zersetzung des Blutes aufzufassen sind. Ausserdem pflegen, da mit dem Loslösen des Eies sich auch die uterine Decidua abstösst, uterine Blutungen nicht zu fehlen. Das Allgemeinbefinden ist häufig auffallend wenig beeinflusst. Ob die Blutung zum Stillstand gekommen ist, darüber kann allein die Beobachtung der Kranken belehren; erholt sich dieselbe von dem Collaps, so ist trotzdem grösste Vorsicht in der Stellung einer günstigen Prognose notwendig und unbedingt die klinische Beobachtung anzuraten, da häufig die Besserung nur vorübergehend ist und eine erneute Blutung eintreten kann. Ob endlich die Tube ihren Inhalt völlig entleert hat, ob das ganze Ei oder einzelne Teile desselben zurückgeblieben sind, kann nur eine genaue Untersuchung ergeben; aber diese ist auch nur in der Klinik am Platz, wo alle Vorbereitungen zur Operation getroffen sind. Hieraus folgt, dass der Arzt, sobald er die Diagnose „Unterbrechung einer Extrauterinschwangerschaft" mit Sicherheit stellt, vor Allem für Ueberführung der Kranken in klinische Behandlung sorgen muss.

Betreffs der ausgetragenen Extrauteringraviditäten bemerkt Dr. v. Knorre (Riga), dass sie zu den grössten Seltenheiten gehören und dass es sich wohl meist um Nebenhornschwangerschaften handelt. Er hat 5 Fälle, teils als Präparate, teils als klinische Fälle gesehen. Es handelte sich in allen diesen Fällen um Gravidität im atretischen Nebenhorn. Jenes bekannte Behse'sche Präparat in der Dorpater Frauenklinik ist früher als „Extrauteringravidität" gedeutet worden, hat sich aber in der Folge als Nebenhornschwangerschaft erwiesen. Auch in einem weiteren Fall, den v. Knorre in der Praxis mit Treymann zusammen erlebt hat, handelte es sich um diesen Befund. Ferner in 2 Fällen von Küstner und 2 weiteren eigenen Fällen. Bezüglich der Therapie geben diese Fälle eine sehr günstige Prognose, da es sich um die Ligirung nur weniger Gefässe handelt, nebst Abtragung des Fruchthalters. Bei der Extrauteringravidität ist es wichtig, die Indication dem einzelnen Falle kunstgerecht anzupassen: viel hängt von der Zeit ab, in der man hinzugezogen wird. Wird man bei frischer Ruptur gerufen, so ist sofortiges operatives Eingreifen nötig. Handelt es sich dagegen um einen Fall, wo die Ruptur schon vor längerer Zeit stattgefunden hat, die acute Verblutungsgefahr schon vorbei ist, so kann man die Resorption abwarten. Besteht aber Fieber (Vereiterung der Hämatocele), so muss ebenfalls bald operirt werden. Bestehen weder Fieber noch Blutungen, so kann unter sorgfältiger Ueberwachung der Patientin abgewartet werden, um beim Auftreten bedrohlicher Erscheinungen rechtzeitig einzugreifen. Die bei der Ruptur des Fruchtsackes erfolgende Blutung stammt meist aus der Spermatica und steht nach digitaler Compression derselben meist sofort.

Dr. van Kesterer veröffentlicht eine in ganz Holland gesammelte Statistik über 331 Fälle von Extrauteringravidität. Davon verliefen letal 42 = 12,6 %. Autors Conclusionen sind folgende: Die grosse Mehrzahl rupturirt in den ersten Monaten unter wenig ernsten Erscheinungen und wird vielfach misskannt. Jeder sicher constatirte extrauterine Fruchtsack muss so schnell als möglich operativ entfernt werden, ehe Ruptur eintritt. Die Behandlung der eingetretenen Ruptur mit Ruhe, Eis, Opium, Excitantien und Salzwasserirrigationen ist dagegen dem operativen Eingriff vorzuziehen. Uebersteht eine Patientin den in Folge Ruptur eingetretenen Collaps 24 Stunden lang, so ist die Prognose ohne Operation günstig, weniger günstig dagegen, wenn eine langsam zunehmende Anämie mit Collapserscheinungen einhergeht, oder wenn sich ohne bekannte Ursache die Blutung wiederholt, in welchem Falle operatives Eingreifen vielleicht geboten ist.

Nach Dr. Keilmann ist ein operatives Verfahren streng indicirt: 1. bei allen nicht unterbrochenen, sich eben weiter entwickelnden ektopischen Graviditäten; 2. bei allen bestehenden Blut-

Digitized by Google

ungen in Folge von Fruchtsackrupturen; 3. bei allen ektopischen Graviditäten, die sich über den vierten Monat hinaus entwickelt haben, selbst wenn sie dann zum Stillstand kommen; 4. bei allen verjauchten, für den Organismus eine Infectionsquelle darstellenden Producten ektopischer Gravidität. Eine Einschränkung der Indication ergibt sich: 1. bei bestehender, bereits ascendirter Gonorrhoe; hier ist die mögliche Stumpfexsudatbildung gegen die Nachteile der unterlassenen Operation abzuwägen; 2. bei inficirten Hämatocelen; hier kommt die Incision von der Vagina aus in Betracht; 3. bei Ausbildung kleiner Hämatocelen in den ersten Wochen ektopischer Gravidität, sofern nach dem tubaren Abort einige Wochen bereits vergangen sind.

Dr. v. Strauch (Moskau) fordert, dass jede sich entwickelnde Extrauterinschwangerschaft exstirpirt werde. Wenn sie durch Ruptur oder Abort unterbrochen ist, kann man zuwarten, so lange der Allgemeinzustand der Patientin gut ist. Wenn der Zustand der Kranken sich nicht bessert, dann ist die Laparotomie zu machen, und zwar wenn der Fall rein ist, weil man nur auf diesem Wege den Einblick in alle Details hat und, so weit es möglich ist, conservativ vorgehen kann. Wenn neben der Extrauterinschwangerschaft der einen Seite die Adnexe der anderen so acut erkrankt sind, dass ihre Entfernung voll angezeigt ist, so ist Totalexstirpation per vaginam auszuführen, da der Uterus ohne Adnexe keinen Wert hat. Vereitert das Product der Extrauterinschwangerschaft, so ist der vaginale Weg angezeigt. Bei der Extrauteringravidität ist der abdominale Weg deshalb vorzuziehen, weil die schwangere Tube und der Uterus derart aufgelockert sind, dass bei forcirter Entfernung dieser Organe per vaginam schwere Zerreissungen und unstillbare Blutungen entstehen können. Verfasser und Dr. Wähmer haben wegen Extrauteringravidität 165 Frauen laparotomirt und haben 3 Todesfälle zu verzeichnen. Unter diesen 3 Todesfällen kann nur in einem Falle die Operation als Todesursache betrachtet werden.

Dr. Schmorl (Dresden) hat auf Grund von 73 Sectionen Eklamptischer ein bestimmtes pathologisch-anatomisches Substrat dieser Erkrankung gefunden und weist vor Allem auf die Häufigkeit der Nieren- und Leberveränderungen hin; in der Niere handelt es sich fast stets um degenerative Vorgänge (albuminöse Trübung, fettige Degeneration) des Epithels, daneben auch Epithelnekrose und Thromben in der Glomerulis. An der Leber sind stets die hämorrhagischen und anämischen Nekrosen zu finden gewesen. Unter 65 Sectionen wurde 58mal das Gehirn untersucht; es fanden sich hier kleine Blutungen und Erweichungsherde, zum Teil von Thrombenbildung begleitet, teils ohne sie, zum Teil durch die während der Convulsionen erfolgten Blutdrucksteigerungen zu erklären. Auch im Herzen fanden sich in zwei Drittel der Fälle Blutungen und Zerfall der Muskelfasern; überaus häufig, 66mal etwa, waren Thromben in den Lungen und eigentümliche fibrinöse Exsudationen; Parenchymzellenembolien, wie Placentardrüsenzellen, sind nicht characteristisch und kommen auch bei Nichteklamptischen vor. Achtmal hat Schmorl auch die Kinder Eklamptischer untersucht und Nieren- wie Lebernekrose hier vorgefunden. Kein anderer Krankheitsprocess weist solch gleichen Complex von Organveränderungen auf. Bei der Eklampsie besteht offenbar eine Blutveränderung, welche durch die Thrombenbildung sich documentirt; ihre Quelle ist allerdings noch unbekannt, vielleicht von Stoffwechselproducten der Placenta herrührend.

Prof. Ahlfeld hat in der Marburger Frauenklinik 31 Eklampsiefälle beobachtet, davon waren nur 3 importirt und 28 autochthon. Von diesen 31 Frauen sind 5 = 16,1 % der Eklampsie erlegen. Die autochthonen Fälle der Marburger Anstalt beweisen nach Autor, dass von einer Uebertragung der Eklampsie von einem Falle auf den anderen nicht die Rede sein kann. Einzelne seiner Fälle weisen vielmehr darauf hin, dass die Beeinträchtigung der Nierenfunction das Primäre, die toxische Blutveränderung das Sekundäre sei. Zum Zustandekommen eklamptischer Krämpfe ist das zufällige Zusammentreffen mehrerer ursächlicher

Digitized by Google

Momente nötig, von denen die Nierenalteration das wichtigste ist. Weitere Untersuchungen müssen feststellen, ob es wirklich eine Eklampsie ohne Beteiligung der Nieren gibt. Bei aufmerksamer Beobachtung der Schwangeren lassen sich meist Prodrome erkennen. Die Hebammen müssen besonders hierin unterwiesen werden, um alsbald den Arzt benachrichtigen zu können. In dringenden Fällen, besonders wenn Krämpfe eintreten, sei es ihnen gestattet, bis zur Ankunft des Arztes Jaquet'sche Einwickelungen zu machen. Prophylaktisch, wie nach Ausbruch der Eklampsie, bewähren sich die Jaquet'schen Einwickelungen vorzüglich. Ja selbst bei Ausbruch eklamptischer Krämpfe vor Beginn der Wehenthätigkeit bietet ihre Anwendung in Verbindung mit weiteren Mitteln und geburtshilflichen Verfahren günstigere Chancen als die Sectio caesarea, vorausgesetzt, dass die Behandlung mit Beginn der Krämpfe einsetzen kann.

Da die Eklampsie nach Prof. Wyder (Zürich) eine Intoxication ist, so muss zunächst das Gift aus dem Körper eliminirt werden. Daher ist möglichst rasche, zugleich schonende Entbindung angezeigt. Für geburtshilfliche Maassnahmen ist Narkose angezeigt, um äussere Reize möglichst fernzuhalten. Bei Anwendung der Narcotica ist zu individualisiren. Die secretorische Thätigkeit der Niere muss schonend angeregt werden, ebenso die Darmthätigkeit zur Ausscheidung der Toxine. Auch soll in geeigneten Fällen der Blutkreislauf durch Aderlass entlastet, das Blut aber durch gleichzeitige subcutane oder rectale Kochsalzinfusion möglichst verdünnt und so der Toxine beraubt werden. Die Prophylaxe muss in der Schwangerschaft so viel als möglich beachtet werden: Der Urin jeder Schwangeren ist von Zeit zu Zeit auf Albumen zu untersuchen; bei Albuminurie Bettruhe, strenge Milchdiät. Wildunger Wasser, warme Bäder, eventuell warme Einwickelungen (Jaquet'sche Einwickelung). Nur bei Verschlimmerung der Symptome (Kopfschmerzen!) Einleitung der Geburt. Die Therapie der ausgebrochenen Eklampsie ist nach obigen Grundsätzen einzurichten: schonend, aber rasch entbinden (ohne allzu grosse Rücksichtnahme auf das Kind); künstlicher Blasensprung; keine Dührssen'schen Incisionen! statt derselben: intrauterine Metreuryse, Wendung etc.; Kaiserschnitt nur bei geschlossenem Muttermund; Morphium nur in kleinen Dosen vorsichtig anwenden, eventuell (nach Stroganoff) mit Chloralhydratklystieren kombiniren. Breusssche heisse Bäder — Jaquet'sche Einwickelungen zur Diaphorese. Aderlass zur Entlastung des Blutkreislaufes, gleichzeitig Kochsalzinfusion. Sauerstoffinhalationen zur Oxydation des Blutes. Bei Herzcollaps Excitantien (Aether, Campher, Coffeïn). Peinlichste Beobachtung der anti- bezw. aseptischen Cautelen bei der Leitung und Beendigung der Geburt, zumal erhöhte Disposition zur Infection besteht.

Dr. Jardine hat 40 Fälle von Eklampsie mit Kochsalzinfusionen behandelt und er glaubt, dadurch die Sterblichkeit von 47 auf 17 Proc. herabgesetzt zu haben. Prophylaktisch behandelt man Fälle von Albuminurie und Oedemen mit Bittersalzen, Diureticis und Kochsalzinfusionen und man wird Eklampsie meist vermeiden. Kommt der Fall erst in Behandlung, wenn schon Krämpfe da sind, so gibt man reichlich Bittersalze durch einen Magenschlauch und injicirt Kochsalzlösung. Hat die Geburt noch nicht begonnen, so wartet man ab; ebenso verfährt man im 1. Stadium, wenn sich die Krämpfe nicht wiederholen. Bei Andauern der Krämpfe und im 2. Stadium entleert man in der Chloroformnarkose den Uterus so schnell wie möglich.

Prof. Dührssen (Berlin) beschreibt abermals einen von ihm vaginal ausgeführten Kaiserschnitt bei einer an Tuberkulose leidenden Frau von 31 Jahren, bei der im 7. Monate der Gravidität eklamptische Anfälle auftraten. Dührssen will nach seinen günstigen Erfahrungen nur für die Fälle von engem Becken mit einer Conjugata vera unter $7^1/_2$—8 den klassischen Kaiserschnitt reserviren, dagegen bei allen von den Weichteilen ausgehenden schweren Geburtshindernissen und bei ernster Lebensgefahr für Mutter und Kind, die bei geschlossener und nicht dilatirter Cervix auftritt, den vaginalen Kaiser

Digitized by Google

schnitt empfehlen. Die Behandlung der Eklampsie soll im Allgemeinen keine allzu abwartende sein. Seine Statistik beweist, dass die operative Entleerung der Gebärmutter in tiefer Narkose die Eklampsie in 93,75% der Fälle, die spontane Entleerung dagegen nur in 78,9% der Fälle beseitigte. Ist der supravaginale Teil der Cervix auseinandergezogen, besonders bei Erstgebärenden, dann wird es mittels der Dührssen'schen tiefen Cervixincisionen gelingen ein lebendes Kind herauszuziehen. Bei Mehrgebärenden wird in beiden Fällen die mechanische Ballondilatation die Extraction des Kindes ermöglichen.

Prof. Strogenoff kommt auf Grund von kritischen Betrachtungen und Versuchen mit Reinigungsbädern bei Kreissenden zu folgender Ansicht: 1. Der Wert der Reinigungsbäder für die Kreissende ist noch nicht genügend aufgeklärt. 2. Das Wasser des Wannenbades enthält immer verdünnten Schmutz von dem Körper des Lebenden, oft Teilchen von Excrementen. 3. Das Wasser spült von Wunden etc. Streptokokken und andere Bakterien ab und überträgt sie auf andere Körperteile. 4. Bei der gewohnten Art der Reinigung der Wannen müssen sie Schmutzteilchen von früheren Bädern enthalten. 5. Demnach ist das Waschen in der Wanne unzweckmässig. 6. Die in der Wanne enthaltenen Infectionskeime gelangen auf die Brustwarzen. 7. Das Wasser dringt aus der Wanne in die Scheide ein. 8. Die Ersetzung der Reinigungswannen durch die Badestube oder Abwaschung mit Seife bei ununterbrochener Begiessung ist zu empfehlen, dabei reinigt man die Haut besser, verhindert Infection. 9. Die Befolgung dieser Maassnahmen liess eine Verminderung der Morbidität erkennen.

Dr. v. Scanzoni hat an einem Materiale von 157 in 13 Jahren an der Leipziger Klinik beobachteten präcipitirten Geburten gefunden, dass die fieberhaften Wochenbetterkrankungen bei allen von Aerzten und Hebammen „unberührt" gebliebenen präcipitirt Entbundenen durchwegs leichter sind; werden aber bei derartig Niedergekommenen schwerere Formen beobachtet, so könne man meistens constatiren, dass post partum Aerzte oder Hebammen die Genitalien der Frau zu irgend einem Zwecke berührt hatten. Die auf autogene Injection hin entstandenen Wochenbetterkrankungen sind seltener und meist nur leichter und unbedeutender Natur, während die auf heterogener Basis aufgetretenen fieberhaften Wochenbetterkrankungen die schweren und schwersten Formen aufweisen.

Zur Behandlung des Puerperalfiebers schlägt Prof. Hegar (Freiburg) die permanente Drainage der Gebärmutter vor, mit nötigenfalls alle 1—2 Stunden zu wiederholender Spülung, welche den Abfluss der im Uterus angesammelten Secrete, bezw. die Entfernung der Toxine und Krankheitserreger sichern soll. Man gebraucht dazu gläserne Canülen von verschiedener Form, bald mehr, bald weniger gebogen, oder auch Doppelcanülen mit einer durch eine Scheidewand in zwei Hälften geteilten Olive, wovon die eine Oeffnungen für den Einfluss, die andere solche für den Ausfluss aus dem Uterus besitzt. An dem einen Ende der Canüle befindet sich ein etwa 80 cm langer Schlauch, auf welchen ein Trichter aufgesetzt wird. Die Einführung in den Uterus muss sehr vorsichtig geschehen; der Steiss der Wöchnerin muss genügend erhöht liegen, was durch die untergeschobene, ohnedies notwendige Bettschüssel meist erreicht wird. Dann legt man einen oder zwei eingeführte Finger der einen Hand an die hintere Lippe an. Die oft zerrissenen, sehr weichen, lappenartigen Gebilde, als welche sich die Muttermundslippen präsentiren, lassen Täuschungen zu. Man verfehlt die Oeffnung, gerät in's Scheidengewölbe, drückt dieses selbst durch. Zuweilen stösst man auch an der Wand der Cervix auf ein Hinderniss; Gewalt darf nie gebraucht werden. Stösst die in den Uterus eingedrungene Olive gegen den Fundus, so zieht man sie etwas zurück, da ein festes Anliegen gegen die Wand störend wirkt. Ist die Canüle eingeführt, so klemmt man das Gummirohr in ihrer Nähe durch eine Pince zu, füllt darauf Trichter und Schlauch mit der Flüssigkeit und drückt dann, von unten nach oben vorgehend, die Luft aus dem Schlauch heraus. Uebrigens wendet man nur einen

Digitized by Google

ganz mässigen Druck an, damit ein Eindringen von Luft keinen Schaden bringen kann. Glaubt man die Luft entfernt zu haben, so nimmt man die Pince weg und lässt, den Trichter nachfüllend, die Spülflüssigkeit einlaufen, je nach Bedürfniss 1—2 Liter. Dann klemmt man in der Nähe der Canüle und in der Nähe des Trichters ab, ehe Alles aus dem Trichter ausgelaufen ist, damit Flüssigkeit im Schlauch bleibt und man bei Wiederholung der Procedur nicht wieder die Luft zu entfernen braucht. Die Canüle kann oft durch Zusammenknüpfen von Schamhaaren über ihr genügend befestigt werden. Sonst geschieht dies durch zwei Bänder, welche von einer leichten Bauchbinde zu ihr hinziehen. Auch den Schlauch mit Trichter kann man auf dieser Binde befestigen. So ist alles vorbereitet, um alle 1—2 Stunden die Spülung zu wiederholen. Man lasse die Drainage gewöhnlich zweimal 24 Stunden im Gang halten. Hat man bis dahin keinen Erfolg erzielt, so ist dieser auch bei weiterer Fortsetzung dieser Behandlung nicht zu erwarten. Nur zuweilen wird nach 12 Stunden das Rohr noch einmal auf 12—24 Stunden eingelegt, wenn die Absonderung reichlich und übelriechend ist. Als Spülflüssigkeit verwendet man Chlorwasser; das in den Apotheken befindliche Präparat ist gewöhnlich stark genug. Man kann sich nötigenfalls jederzeit das Chlorwasser frisch anfertigen lassen. Zusatz von $^1/_8$ bis $^1/_4$ Liter auf einen Liter lauwarmen Wassers genügen. Zu concentrirt darf die Lösung gar nicht sein, da sie sonst einen dünnen Schorf bildet, welcher eine Einwirkung auf die tiefer gelegenen Schichten hindert.

Neben der örtlichen Behandlung wendet Dr. Aufrecht (Magdeburg) beim Puerperalfieber auch Chinininjectionen an. In allen Fällen, wo nach der Entbindung die Diagnose „Endometritis puerperalis" gerechtfertigt ist, wird selbst bei geringerem Fieber eine Carbolausspülung des Uterus und eine subcutane Chininjection vorgenommen. Die Carbolwasserspülungen ($2^1/_2$%ige warme Carbollösung, Temperatur von 28—30° R. mit Benützung eines zweckentsprechenden Katheters, der, nach der Beckenkrümmung geformt, kleinfingerdick, aus Glas ist und vorne zwei kleine Oeffnungen, aussen in der ganzen Längsrichtung eine tiefe Rinne hat) werden zwei-, in seltenen Fällen auch dreimal in 24 Stunden vorgenommen, sobald die Temperatur 39° erreicht. Die Chininjectionen hat Aufrecht nur je einmal an zwei oder drei aufeinander folgenden Tagen vorzunehmen Veranlassung gehabt. Nebenher symptomatisch Morphiuminjectionen gegen starke Schmerzen oder Erbrechen, für den Fall von Schwäche oder Collapszuständen schwere Weine oder Champagner. Verfasser wendet Chininum hydrochloricum an, in Wasser gelöst, und zwar 1 : 34, selbstverständlich ohne Säurezusatz. Das Chinin löst sich so in Wärme und bleibt nach dem Erkalten gelöst. Da er also zur Application von $^1/_2$ g Chinin 17 g Flüssigkeit injiciren muss, so braucht er eine Ballonspritze wie zur Heilseruminjection oder (besser) eine Luer'sche Spritze, die aber bloss 10 g fasst, daher nachgefüllt werden muss (Canüle mit Hahn!). Die Seitenteile des Abdomens sind die geeignetste Applicationsstelle. Die Canüle muss selbstverständlich sicher in das Unterhautzellgewebe gelangen. Sorgfältige Desinfection der Spritze und Canüle; wenn man hiezu eine Carbollösung benützt hat, so spüle man mit einer Borsäurelösung nach.

Dr. Blumberg hat an der Universitätsklinik des Prof. Zweifel in Leipzig 12 Fälle von Puerperalfieber mit dem Marmorek'schen Antistreptokokkenserum behandelt. Seine Beobachtungen lassen es dem Verfasser als möglich erscheinen, dass das Marmorek'sche Serum bei Streptokokken-Erkrankungen der Wöchnerinnen einen günstigen Einfluss habe, selbstverständlich ist die Zahl der Beobachtungen viel zu klein, um sichere Schlüsse zu gestatten. Als Nebenwirkungen dieses Serums beschreibt Verfasser ein Erythem, ein universelles Exanthem, Urticaria etc. Bei der Technik der Injectionen kommt es darauf an, dass das Serum ausschliesslich im subcutanen Bindegewebe deponirt wird, dass auch nicht geringe Mengen in das Gewebe der Haut, also percutan injicirt werden. Am ersten Tage injicirt man 20 ccm, an den folgenden je 10 ccm Serum. Eiweissausscheidung ist durch die Injectionen in

Digitized by Google

keinem Falle hervorgerufen worden, ja in einem Falle fiel der Eiweissgehalt des Urins nach der Injection in 24 Stunden von 2½‰ auf ¼‰.

Auch Dr. Sseredinski hat in drei Fällen von Puerperalfieber vom Streptokokkenserum gute Erfolge gesehen.

Dr. Fraser nahm in einem Falle von Puerperalinfection die Operation nach Pryor vor: Auskratzung des Uterus in Chloroformnarkose, breiter Einschnitt in den Douglas, Tamponade mit 20%iger Jodormgaze. Vor der Tamponade Ausspülung des Uterus mit Salzlösung, nach der Operation Einspritzung physiologischer Kochsalzlösung in den Rücken, alle acht Stunden Salzwassereingiessungen in den Darm, um das Jod schnell zu eliminiren. Die Tampons wurden täglich erneuert bis zum dritten Tage. Es trat allmählige Besserung und vollständige Heilung ein.

Im Verlaufe der letzten drei Jahre kamen im Obuchow-Hospitale zu St. Petersburg 12 Fälle von puerperaler Uterusgangrän zur Beobachtung. Dr. Beckmann hält deshalb diese auch als Metritis dissecans puerperalis beschriebene Erkrankung für gar nicht so selten, wie es im Allgemeinen angenommen wird. Die Diagnose ist leicht zu stellen. Charakteristisch sind die localen Erscheinungen: Die Vergrösserung der Gebärmutter in der ersten Zeit der Erkrankung, die verzögerte Involution des Uterus, die Schwellung der inneren Oberfläche seiner Wand und die eigenartigen Ausscheidungen. Auch die Temperaturcurve ist charakteristisch. Die Prognose hängt vom Grad der Infection und den Complicationen, besonders der Perforation ab. Der Procentsatz der Sterblichkeit beträgt 27,5%. Uncomplicirte Fälle endigen gewöhnlich mit Genesung. Die puerperale Uterusgangrän entsteht in Folge einer Infection mit Streptokokken. Verbreitete Thrombosen werden hervorgerufen, deren Folge eine Gewebsnekrose ist, die gewöhnlich durch eine secundäre, abgrenzende Eiterung abgestossen wird; in schweren, tödtlich verlaufenden Fällen grenzt sich der nekrotische Gewebsabschnitt nicht ab. Intrauterine Auspülungen sind bei der Behandlung der puerperalen Uterusgangrän contraindicirt.

Ein von Dr. Mond beobachteter Fall von Schwangerschaft bei vorhandenem Ovarialtumor gab Autor Gelegenheit die in solchen Fällen angezeigte Therapie zu besprechen. Er gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Ovariotomie ist als die einzig berechtigte Therapie anzusehen, sobald wir einen operablen Ovarialtumor in der Gravidität diagnosticirt haben. Mit wachsender Grösse des Tumors wird der Boden für festere Adhäsionen günstiger und dadurch die Ausschälung complicirt, deshalb, sobald die Diagnose sichergestellt ist, sofortige Laparotomie. 2. Nach den vorhandenen Statistiken ergeben sich die besten Resultate: a) für die Mutter, wenn zwischen dem zweiten bis vierten Graviditätsmonat operirt wird, b) für die Fortdauer der Gravidität, wenn zwischen dem dritten und vierten Monate operirt wird 3. Gefährliche Folgezustände der Complication, wie beispielsweise Stieltorsion, Vereiterung der Cyste etc. erheischen sofort operativen Eingriff. 4. Punction der Cyste und künstliche Unterbrechung der Gravidität dürfen nur als Notbehelfe, nicht aber als therapeutische Maassnahmen angesehen werden. In dubiosen Fällen ist Punction, eventuell Incision gestattet. 5. Ein Wachstum des Tumors in der Schwangerschaft ist in der Mehrzahl der Fälle beobachtet worden. 6. Bekommt man die Patientin in vorgerücktem Schwangerschaftszustund zu Gesicht, so ist auch für diese Zeit die Ovariotomie angezeigt. 7. Unter der Geburt selbst ist die Reposition des Tumors in Narkose zu versuchen; handelt es sich dabei um einen kleineren cystischen Tumor, dann eventuell Punction oder Incision desselben. 8. Bei soliden Tumoren unter der Geburt und lebender Frucht Sectio caesarea mit eventueller gleichzeitiger Beseitigung des Geburtshindernisses. 9. Im Wochenbett wartet man am besten die erste und zweite Woche ab, bis die Frage über puerperale Infection entschieden und die Rückbildung dieses Organs möglichst weit vorgeschritten ist. 10. Auch im Wochenbett ist eine Vergrösserung und Wachstum des Tumors zur Beobachtung gekommen.

Digitized by Google

Zur Behandlung des Carcinoms bei Schwangerschaft erteilt Dr. Sarwey folgende Ratschläge. Für die ersten drei Monate der Schwangerscheft hat sich als bester Vorgang die Totalexstirpation des nicht entleerten, graviden Uterus erwiesen. Sogar noch im vierten bis sechsten Monate kann man dieselbe Operation ausführen, wie dies sohon wiederholt mit Erfolg geschehen. Bei räumlichem Missverhältnisse zwischen Uterusumfang und Dehnungsfähigkeit der Scheide muss der Exstirpation oft unmittelbar vorher der Eihautstich vorausgeschickt werden. Welches das beste Verfahren in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sei, ist noch nicht entschieden, ebenso das Verhalten am normalen Schwangerschaftsende. Hier concurriren nämlich mehrere Methoden: die abdominale Totalexstirpation nach Freund, die supravaginale Amputation mit nachfolgender vaginaler Entfernung des Restes nach Zweifel-Fehling und die vaginale Exstirpation nach Entleerung des Uterus. Verfasser teilt ausführlich zwei weitere Fälle von sogenanntem vaginalen Kaiserschnitt aus der Tübinger Klinik mit. Beide Operationen hatten einen glücklichen Ausgang sowohl für die Mutter wie für das Kind. Die Erfahrung zeigt, dass die von Dührssen geforderte gleichzeitige hintere Incision (nebst der Spaltung der vorderen Uteruswand) unnötig ist. Von Fall zu Fall muss jeweilig entschieden werden, ob die Entbindung mittels Forceps oder mittels Wendung zweckmässiger ist. Man braucht nach dem Vorgehen Döderlein's gar nicht den Eintritt der Wehenthätigkeit abzuwarten; ebenso wenig muss die Placenta jedesmal manuell gelöst werden. Der vaginale Kaiserschnitt wird wohl nie die klassische Sectio caesarea verdrängen, da die Chancen der Heilung des so schwer verletzten Organs zu unsicher erscheinen. Erstere Operation ist aber stets angezeigt, wo es sich um die Mitentfernung des Uterus handelt.

Zur Bekämpfung der Schmerzen bei den Nachwehen empfiehlt Dr. Addebert das Salophen in Dosen von 1 g 2—3mal täglich.

An der Universitätsfrauenklinik in Graz wird, wie Dr. Stolz mitteilt, folgende Methode der Abnabelung von Neugeborenen geübt. 1—1½ Stunden nach der ersten Abnabelung wird der Nabelstrangrest dicht am Nabelringe mit einem Seidenfaden umschnürt und ½ cm über der Umschnürung mit steriler Schere durchschnitten. Durch die zweizeitige Ausführung, die starke Kürzung des Nabelschnurrestes und die Umschnürung mit Seide dicht am Nabelringe werden nach Autor die möglichst günstigsten Bedingungen für die nachträgliche secundäre Wundheilung geschaffen. Asepsis und Trockenhaltung der Wunde sind weitere Vorbedingungen eines günstigen Wundverlaufs.

Prof. Schäffer über individualisirende Gesichtspunkte bei der Behandlung der Fehlgeburt auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Münchener med Wochenschr. Nr. 43). — Dr. Jolly über die Indication des künstlichen Abortus bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen ebendaselbst (Münchener med. Wochenschrift Nr 45) — Der habituelle Abort und die habituelle Frühgeburt von Prof. Cholmogorow (Chirurgia. — Revue d. russ. med. Zeitschr. Nr. 1). — Erfahrungen über künstliche Frühgeburten bei Beckenenge von Dr. Schoedel (Arch. f. Gynäk. — Medico Nr 32). — Ueber Diätcuren in der Schwangerschaft von Dr. Prochownik (Münch. med. Wochenschrift — Medico Nr. 20). — Wie weit können wir durch specielle Ernährung während der Schwangerschaft zur Erleichterung der Geburt beitragen? von Dr. Bokelmann (Ther. d. Gegenw. 6. Heft). — Ueber die Medullarnarkose bei der Geburt von DDr. Porak und Guéniot (Bull. de l'Acad. de Méd. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Dr. Doléis und Dr. Malarsie über Analgesie in der Geburtshilfe durch subarachnoidale Injection von Cocaïn in der Société d' Obstrétique zu Paris (Presse méd. — Ther. Monatsh. 6. Heft). — Eine neue Technik des Dammschutzes von Dr. Hofbauer (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 5). — Die Melli-Walcher'sche Lage von Dr. Perondi (Oest.-ung. Centralbl. Nr. 11). — Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage von Dr. Cramer (Münchener med. Wochenschr. Nr. 2). — Ueber die Behandlung der Geburt beim engen Becken durch die Wendung mit sofort sich anschliessender Extraction von Dr. Albert (Münch. med Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 17). — Ueber 132 Fälle von Perforation und Extraction mit dem Zweifel'schen Kranio-Cephaloklast von Dr. Bretschneider (Arch. f. Gynäk. — Schm. Jahrb. 272. Bd. 10. Heft). — Zur Entwicklung und Perforation des nachfolgenden Kopfes von Dr. Nagel (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 29). — Querlage und Wendung bei Erstgebärenden von Dr. Vogel (Schm. Jahrb. 272. Bd. 11. Heft). — Beitrag zur Therapie verschleppter Querlagen von Dr. Latzko (Wiener med. Wochenschr. Nr. 27). — Ueber Kolpeuryse und Metreuryse von Dr. Bosse (Centralblatt f. Gynäk. — Centralbl. f. d. ges. Ther 9. Heft). — Ueber Metreuryse von Dr. Reidhaar

Digitized by Google

(Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft). — Dr. Williams über Indicationen zum Kaiserschnitt bei verengtem Becken in der American Gynecological Society zu Chicago (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 70). — Dr. Mann über die Technik des Kaiserschnittes ebendaselbst (Ebendaselbst) — Ueber den Kaiserschnitt aus relativer Indication von Prof. Veit (Hegar's Beitr. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 24). — Symphyseotomie und Kaiserschnitt von Prof. Martin (Deutsche med. Wochenschr. Nr 42). — Zur Behandlung der Gebärmutterzerreissung mit vollständigem oder unvollständigem Austritt der Frucht in die Bauchhöhle von Prof. Winckel (Ther. d. Gegenw. Nr. 1). — Die operative und nicht operative Behandlung der Uterusruptur von Dr. Klien (Arch. f. Gynäk. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Dr. Falk über Tubenruptur und Tubenabort in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Berliner klin. Wochenschrift. — Medico Nr. 38). — Dr. v. Knorre über Extrauteringravidität in der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden (St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 7). — Behandlung des rupturirten extrauterinen Fruchtsackes von Dr. van Kesterer (Weekbl. van het Nederl. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 44). — Ueber Extrauteringravidität von Dr. Keilmann (St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 14). — Ist die Extrauterinschwangerschaft per vaginam oder per abdomen anzugreifen? von Dr. v. Strauch (Ebendaselbst). — Dr. Schmorl über Eklampsie auf dem deutschen Gynäkologencongresse zu Giessen (Med. Neuigk. Nr. 15). — Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie von Prof. Ahlfeld (Deutsche Praxis. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Prof. Wyder über Eklampsie auf dem deutschen Gynäkologencongresse zu Giessen (Med. Neuigk. Nr. 15). — Die Behandlung der puerperalen Eklampsie durch Kochsalzinfusionen von Dr. Iardine (Brit. med. Journ. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 21). — Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie von Prof. Dührssen (Arch. f. Gynäk. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreissenden betrachtet werden? von Prof. Strogenoff (Centralbl. f. Gynäk. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Ueber den Wochenbettverlauf bei präcipitirten Geburten und solchen Geburten, bei denen keine Hilfeleistung von Seiten der geburtsleitenden Personen stattfand von Dr. v. Scanzoni (Arch. f. Gynäk. — Wiener med. Blätter Nr. 23). — Zur Behandlung des Puerperalfiebers von Prof. Hegar (Münchener med. Wochenschr. — Medico Nr. 39). — Zur Behandlung des Puerperalfiebers von Dr. Aufrecht (Ther. Monatsh. 5. Heft). — Beobachtungen bei der Behandlung von Puerperalfiebererkrankungen mit Marmorek'schem Antistreptokokkenserum von Dr. Blumberg (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 5). — Ueber Puerperalfieber von Dr. Sseredinski (Jeshened. — Ther. d. Gegenw. 6. Heft). — Ein Fall von Puerperalfieber behandelt durch Operation von Dr. Fraser (Brit. med. Journ. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 43). — Die puerperale Uterusgangrän von Dr. Beckmann (Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft). — Schwangerschaft und Ovarialtumor von Dr. Mond (Centralbl. f. d. ges. Ther. 2. Heft). — Zur Behandlung des Carcinoms am Ende der Schwangerschaft von Dr. Sarwey (Centralbl. für Gynäk. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft). — Behandlung der Nachwehen mit Salophen von Dr. Addebert (Arch. méd. de Toulouse. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 17). — Zur Abnabelung der Neugeborenen von Dr. Stolz (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 5).

**Gehirn-, Schädel- und Rückenmarkschirurgie.** Ueber einen operativ behandelten Gehirnabscess geben Dr. Barr und Dr. Nicoll (Glasgow) Bericht. Bei dem 26jährigen Patienten hatte schon seit 10 Jahren ein eiteriger Mittelohrcatarrh bestanden, in dessen Gefolge nun Erscheinungen auftraten, die durch Eröffnung des Warzenfortsatzes nicht behoben wurden. Drei Tage später daher Eröffnung des Schädels, Entleerung des Abscesses und Drainage der Abscesshöhle. Da der Eiterausfluss nach sechs Wochen noch nicht aufgehört hatte, wurde eine zweite Trepanation gemacht und eine Gegendrainage hergestellt, die Abscesshöhle mit Carbolsäure ausgespült, worauf vollständige Genesung eintrat, die bis jetzt, das ist durch 2½ Jahre, angehalten hat.

Die unter Prof. v. Eiselsberg's Leitung von Dr. Mertens (Wien) angestellten Untersuchungen behufs einer knöchernen Deckung von Schädeldefecten haben zu folgenden Ergebnissen geführt. Entkalkter Knochen ist zur Deckung von Schädeldefecten vollkommen unbrauchbar. Geglühter Knochen führt zwar zu knöchernem Verschlusse, nötigt aber die Kranken zu langem Aufenthalte im Spitale und zum Tragen einer lästigen Setzkappe. Gegen das primäre Einlegen der Splitter spricht: a) die selten mit Sicherheit auszuschliessende Gefahr der Infection und b) die Kleinheit der Splitter, die es unmöglich macht, sie fest in den Defect einzufügen. Es empfiehlt sich nicht, locker auf der Dura liegende Splitter zur Füllung zu benutzen, da Experiment und Erfahrung lehren, dass eine schnelle Verwachsung von Fragment und Defectrand nur da stattfindet, wo beide fest aneinander liegen. Gekochter Knochen entspricht allen Anforderungen, die an ein gutes Deckmaterial gestellt werden können, und bringt die genannten Nachteile nicht mit sich. Demnach können

Digitized by Google

Splitter, die gross genug sind, nachdem sie gekocht sind, zur Deckung benutzt werden. Bei Verwendung einer gekochten Knochenplatte ist darauf zu achten, dass sie möglichst fest eingefügt wird, und dass der Contact möglichst eng an den Stellen des Defectrandes liegt, an denen die Diploë den grössten Blutgehalt besitzt, so dass eine reichliche Blutzufuhr nach Lage der Gefässe gewährleistet ist. Daneben sollen noch 1—2 bohnengrosse Querschnitte gemacht werden, damit keine Blutansammlung hinter dem Fragment stattfinden kann. Das Ersatzmaterial kann jeder menschlichen Leiche entnommen werden.

Prof. Schede (Bonn) veröffentlicht 4 Fälle von Rückenmarktumoren, die er operirte; von denselben sind 3 geheilt. Bei den sehr langsam wachsenden Symptomen ist die genaue Diagnose des Sitzes, Segmentdiagnose, mit ziemlicher Sicherheit zu stellen. Autor betont die hyperalgische Zone oberhalb des Sitzes. Den Schluss bildeten mehr oder weniger völlige Lähmungen beider Beine, der Blase und des Mastdarmes. Bei der Operation war stets die Blutung eine sehr reichliche, einmal ungemein gross. Wenn einmal die Stelle deutlich sichtbar geworden ist, wobei meist noch etwas höher hinauf der Wirbelbogen entfernt werden musste, geschieht die Enucleation extraduraler Geschwülste rasch und es verläuft die Heilung glatt; bei intradural gelegenen ist der Ausfluss des Liquor cerebrospinalis eine höchst üble Complication, welche in der Folge leicht zu Infection und auch ohne sichtbare Infection zu Fieber und zum Tode führt. Deshalb soll man bei intraduralen Tumoren die Dura durch Abbinden verschliessen. Die Geheilten hatten in 6 Monaten ihre Lähmungen verloren und waren wieder arbeitsfähig.

Ein operativ behandeltes Gehirnabscess von DDr. Barr und Nicoll (Brit. med. Journ. — Wien. klin. Wochenschr. Nr. 23). — Zur Frage der knöchernen Deckung von Schädeldefecten von Dr. Mertens (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Prof. Schede über die Chirurgie der Rückenmarkstumoren auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Ther. d. Gegenw. 10. Heft).

**Gelenkerkrankungen.** In der British Medical Association sprach Prof. Garrod (London) über chronische Gelenkerkrankungen, die unter dem Namen chronischer Rheumatismus, Osteo-Arthritis und rheumatische Gicht zusammengefasst werden. Redner selbst hat gelernt, zwei Hauptformen der Krankheit zu unterscheiden, die eine findet sich vorwiegend bei jüngeren Frauen, tritt häufig nach Influenza auf und ergreift zuerst die kleinen Gelenke, die spindelförmig aufgetrieben werden und bei Bewegungen deutlich crepitiren; hochgradige Muskelatrophie ist ein frühzeitiges Symptom. Die Krankheit schreitet unter leichtem oder höherem Fieber bald rascher, bald langsamer fort, führt gewöhnlich zu Pigmentablagerungen in der Haut, während viscerale Veränderungen selten sind; zuweilen tritt Albuminurie auf. Bei der Section zeigt sich die Synovialmembran viel mehr, als der Knorpel ergriffen. Diese Form der Krankheit möchte er als Arthritis rheumatica bezeichnen. Die zweite Form findet sich ebenfalls mit Vorliebe bei Frauen, meist aber erst in späteren Lebensjahren; meist werden die Terminal- und Carpo-metacarpal-Gelenke der Daumen zuerst ergriffen. Weder ist diese Form so schmerzhaft, noch verläuft sie so rasch wie die erstbeschriebene. Allmählich werden mehr und mehr Gelenke ergriffen, der Knorpel wird absorbirt, die Knochenenden werden elfenbeinhart, und bei Bewegungen sieht man, wie sie aneinander reiben; diese Fälle kommen unter die Bezeichnung Osteo-Arthritis. Die erste Form steht in keinerlei Zusammenhang mit dem acuten Rheumatismus, auch bleibt das Herz fast immer frei; ebensowenig hat die zweite Form, wie von vielen englischen Aerzten angenommen wird, etwas mit Gicht zu thun; nach Redners Meinung liegt beiden Krankheitsformen ein verschiedener, bisher unbekannter Krankheitserreger (vielleicht bacterieller Natur) zu Grunde. Die Behandlung beider Formen ist mühsam und wenig erfolgreich; immerhin kann man Tonica versuchen; von Wichtigkeit scheint es zu sein, die Organe der Mundhöhle in gutem Zustande zu halten.

Prof. Luff (London) ist davon über-



Digitized by Google

zeugt, dass die Arthritis rheumatica, wenn sie auch vom acuten Rheumatismus abzutrennen ist, doch häufig als Folge desselben auftritt. Die Ansicht, dass es sich bei der Arthritis rheumatica um eine primäre Nervenkrankheit handle, verwirft er; immerhin hält er es für möglich, dass nervöse Affectionen durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Körpers den Bakterien den Weg zu den Gelenken öffnen könnten; er hatte sechs Fälle in Behandlung, bei denen die Erkrankung der Entfernung beider Ovarien folgte. Neben guter Ernährung, Rotwein und strahlender Hitze hat er mit Vorteil Jodkali und Guajakolkarbonat verwandt.

Prof. Bennett beschreibt ein Krankheitsbild, das er häufig gesehen hat, das aber in seiner Zusammensetzung bis jetzt keine Beachtung gefunden hat. Es handelt sich um einen kalten Erguss in beide Kniegelenke, der stets doppelseitig auftritt, wenn beide Seiten auch nicht gleichmässig betroffen sind. Schmerzen bestehen nicht, nur manchmal ein Gefühl der Schwäche. Das Auftreten dieses Kniegelenkergusses wird bei Mädchen und Frauen beobachtet und ist stets von menstruellen Störungen begleitet, besonders zu zwei Zeitperioden, und zwar zur Zeit der Pubertät, oder im Climacterium. Auch zwischen diesen beiden Zeitabschnitten wurde es beobachtet, es bestanden aber dann stets Menorrhagien oder Unregelmässigkeiten und Störungen der Periode. Bemerkenswert im Krankheitsbilde ist örtlich das Fehlen jeglicher Spannung, jeglicher Schmerzen und entzündlicher Erscheinungen, das Steigen uud Fallen des Ergusses, der die unteren vorderen Kapselpartien im Stehen sackartig hervortreten lässt, mit dem Auftreten und Verschwinden uteriner Hämorrhagien oder menstruelier Beschwerden. Gewöhnlich bildet ein leichter Unfall des einen Kniees die Ursache für die Entdeckung des Leidens, das deshalb häufig auch als chronisch traumatische Synovitis betrachtet wird. Die Doppelseitigkeit des Ergusses und das Bestehen uteriner Störungen ermöglichen dieser gegenüber sofort die Diagnose. Für die Behandlung gilt als Regel, zunächst die menstruellen Beschwerden zu beseitigen, dann mässige Beugung, Massage der Kniegelenke, viel Aufenthalt in frischer Luft und allgemein diätetische Maassregeln. Die Prognose ist in allen den Fällen günstig, in denen sich die uterinen Störungen beseitigen lassen.

Dr. Codivilla hat an 75 Fällen von angeborener Hüftgelenksverrenkung folgende Erfahrungen gesammelt: Bei 3—12jährigen Patienten lässt sich gewöhnlich die unblutige Reposition bewirken. Letztere bleibt etwa bei der Hälfte bestehen und führt zu gutem functionellen Resultat. In den übrigen Fällen kommt es zur Reluxation, immerhin nicht ohne Besserung der Stellung und Function. Starke persistirende Aussenrotation muss gelegentlich durch Osteotomie des Femur beseitigt werden. Ist die blutige Operation nötig, so kann die losgelöste Kapsel gefaltet und als Ersatz des fehlenden Pfannendaches benützt werden. Ist dabei Aushöhlung der Pfanne nötig, so empfiehlt es sich, zur Vermeidung der Ankylose die Kapselhaube über den Schenkelkopf zu stülpen. Im Allgemeinen scheinen seine Erfahrungen mit der blutigen Reposition weniger günstig gewesen zu sein.

Wie Dr. v. Mangoldt ausführt, ermöglicht uns die Röntgenphotographie, wie kein anderes Verfahren, eine sichere Frühdiagnose osteomyelitischer acuter Erkrankung des Hüftgelenkes, wie des beginnenden tuberculösen Coxitis zu stellen. Die tuberculöse Coxitis vermag in jedem Stadium mit und ohne Behandlung auszuheilen; selbst grosse, im Röntgenbild nachweisbare Sequester bieten keine unbedingte Anzeige zur operativen Entfernung, da die Verfolgung im Röntgenbild erkennen lässt, dass sie mit der Zeit aufgezehrt werden und die ganzen erweichten Massen in dem Gelenke bei Tendenz zur Heilung verknöchern können. Ausheilung mit Ankylose oder mit Beschränkung der Beweglichkeit ist die Regel, mit voller Beweglichkeit die Ausnahme. Die Verknöcherungsvorgänge sind nach dem Röntgenbild in den ersten Monaten der Erkrankung geringer, als in späterer Zeit. Diese Thatsache erfordert es, ein tuberculöses Gelenk die erste Zeit, bis zu einem Jahre

Digitized by Google

und darüber, ruhig zu stellen (Gipsverband, Lagerungsapparat). In den Injectionen mit 10%igem Jodoformglycerin in die tuberculösen Herde haben wir nach Autor ein sicheres Mittel, um die Verknöcherung mächtig anzuregen, und diese sollten daher auf Grund des Röntgenbildes direct in die Knochenherde gemacht werden. Nach Autors Ansicht sei man nur dann berechtigt, eine wirkliche Ausheilung anzunehmen, wenn das Röntgenbild den sicheren Stillstand des fungösen Processes erkennen lässt.

Dr. Ludloff publicirt seine auf der Königsberger chirurgischen Klinik gemachten Erfahrungen bezüglich der Behandlung der Coxitis. Nach seiner Ansicht muss das Redressement vollständig verworfen werden; bei hochgradiger Contractur muss es durch schonendere Massnahmen, durch die Osteotomie nach Ausheilung des Coxitis ersetzt werden. Auch die Indication für die Resection ist noch mehr einzuschränken als es bisher geschieht. Sie ist nur das ultimum refugium für die Fälle, die lange Fisteln und in Folge der Secundärinfection fortwährend Temperatursteigerung haben. Ebenso hält Ludloff die Gewichtsextension für eine zu häufige therapeutische Massregel. Sie entlastet zwar die aufeinander drückenden Gelenkbestandteile und wirkt hervorragend schmerzstillend, aber eine absolute Fixation wird durch sie nicht erreicht; auch ist sie in ärmeren Klassen häufig unausführbar und bewirkt Absperrung von gesunder und frischer Luft. Am besten hat sich der Billroth'sche Gipsgehverband mit dem Kappelerschen Bügel bewährt. Durch diese Gipshose wird das Hüftgelenk vollständig fixirt und durch die eigene Schwere des suspendirten Beines etwas distrahirt. Bei gut angelegtem Verbande geht das Kind mit Ausschaltung des ganzen Beines auf dem Tuber ischii. Die Patienten können ambulant behandelt werden, lernen nach wenigen Tagen schon mit der Gipshose im Freien einhergehen, können an Luft und Sonne weilen und erholen sich sehr schnell. Selbst Fisteln sind ohne jede weitere Behandlung öfter unter diesem Verbande ausgeheilt. Der Verband bleibt viele Monate unabnehmbar, bis keine Schmerzhaftigkeit und keine Schwellung des kranken Gelenkes mehr vorhanden ist, dann wird ein abnehmbarer Verband oder Schienenhülsenapparat angelegt, der noch jahrelang getragen werden muss.

Ueber zwei Erkrankungen des Hüftgelenkes berichtet Prof. König (Berlin). 1. Die gonorrhoische Entzündung des Hüftgelenks hat König zwanzigmal bei Kranken zwischen 20 und 40 Jahren beobachtet. Das charakteristische Symptom dieser Krankheit ist der enorm heftige Schmerz, der die active wie passive Bewegungsfähigkeit der Gelenke vollkommen ausschliesst. Dabei ist die Lage des Beines sehr verschieden. Meist finden sich Contracturstellungen, und zwar am häufigsten mässige Flexion mit Abduction und Aussenrotation. Fast ausnahmslos besteht bei der gonorrhoischen Coxitis eine Schwellung des Gelenkes, am meisten ausgesprochen auf der Vorderseite: dabei in der Regel nicht hohes und wenig typisches Fieber. Wird die gonorrhoische Coxitis nicht in zweckmässiger Weise behandelt, so kommt es meist zur Heilung mit mehr oder weniger Verkürzung und mit Beeinträchtigung der Bewegung und Beweglichkeit. Die Behandlung besteht in frischen Fällen in Gewichtextension; in alten Fällen in Beseitigung der Contracturen und ungünstigen Ankylosen. 2. Die Arthritis deformans coxae (Malum coxae senile) beginnt meist langsam mit für Rheumatismus angesprochenen Schmerzen und mit dem Gefühle erschwerter Bewegung. Unter zunehmenden Schmerzen und Auftreten eigentümlich knackender und knirschender Geräusche engen sich die Bewegungen immer mehr und mehr ein, Abduction und Adduction fehlen; auch die Rotation ist fast vollkommen unmöglich geworden. In schweren Fällen wird auch die Flexion allmählich mehr und mehr beschränkt, und es kommt mit der Zeit zu einer mehr oder weniger vollständigen Versteifung der Hüfte. Die locale Untersuchung ergibt neben einer harten Schwellung am Schenkelhalse und an der Pfanne nicht selten auch eine, wenn auch meist unbeträchtliche Verkürzung. Die Behandlung der deformirenden Coxitis muss nach dem einzelnen



Digitized by Google

Falle bestimmt werden. In den frischen Fällen regelmässige, aber nicht zu lange dauernde Bewegung und medico-mechanische Uebungen. Sollten dabei einmal Reizungserscheinungen mit vermehrter Schmerzhaftigkeit auftreten, so ist die Bewegung zu unterbrechen, und es tritt eine Zeit der Ruhe ein. Sehr leistungsfähig ist hier auch ein Entlastungsapparat des Hüftgelenkes nach Hessing's Muster. Bei einer Anzahl schmerzhafter und vorgeschrittener Erkrankungen ist eine radicale chirurgische Behandlung (Resection) zu empfehlen.

Dr. Sarfert (Berlin) rät bei Haemarthros genu zur rechten Zeit zur Punction, beziehungsweise Aspiration des Gelenkergusses zu schreiten. Am zweckmässigsten benutzt man dazu den vierten Tag post laesionem, nachdem das Bein zuvor drei Tage lang in einem Compressivverband gelegen. Da in dieser verhältnissmässig frühen Zeit das Blut noch nicht geronnen ist, ist eine Auswaschung des Gelenkes mit einer antiseptischen Lösung zu eventueller Entfernung von Gerinnseln überflüssig. Die Technik der Entleerung des Blutergusses bietet keinerlei Schwierigkeiten; es ist gleichgiltig, ob man einen möglichst dicken Troicart oder eine Aspirationsspritze mit dicker Canüle benutzt. Verfasser gibt der letzteren den Vorzug, weil sie sich leichter einstechen lässt. Vorteilhaft ist es, sich den Bluterguss von einem Assistenten während des Eingriffes mit beiden Händen entgegen drücken zu lassen und an der Innenseite zu punctiren, während das Bein ausgestreckt auf einem Volkmann'schen Bänkchen aufliegt. Um die Wiederanfüllung des Gelenkes mit Blut zu verhüten, ist es nötig, nach der Punction einen Compressivverband anzulegen. Vorteilhaft ist es, dabei über die Kniekehle eine Hohl-Holzschiene zu legen, um den Verband fest anziehen zu können, ohne Abschnürung der Gefässe in der Kniekehle befürchten zu müssen. Der Verband darf nur etwa acht Tage liegen bleiben; es muss dann sofort mit Massage, sowie aktiven und passiven Bewegungen begonnen werden.

Aeltere Fälle von Knieankylosen behandelt Prof. Lorenz (Wien) unblutig mit dem sogenannten modellirenden Redressement. Dasselbe wird mit Hilfe eines Redresseur-Osteoklasten ausgeführt. Mit aller Vorsicht wird in Narkose in 1—2 Stunden allmählich die Streckung vorgenommen bis zu einer Ueberstreckung, welche vor Allem den Zweck hat, durch Ueberdehnung die Elasticität der Weichteile möglichst herabzusetzen. Bei rechtwinkeligen und spitzwinkeligen Ankylosen wird in gleicher Weise, nur noch vorsichtiger vorgegangen. Die spitzwinkeligen Ankylosen sind selten, die höchsten Grade niemals knöchern. Eine gewisse Gefahr besteht bezüglich der Ausbildung einer Peroneusparalyse. Diese tritt jedoch nicht nach kurzem Redressement ein, sondern bei längerer Fixirung des frisch redressirten Gliedes in Ueberstreckung. Zur Fixirung in dieser Stellung soll daher nur langsam übergegangen werden. Eine Contra-Indikation bilden secernirende Fisteln; Fistelnarben in der Kniekehle gebieten nur vermehrte Vorsicht. Die Möglichkeit, das Grundleiden neu anzufachen, ist auch bei den operativen Methoden nie ganz ausgeschlossen. Der Verband ist monatelang nötig, eventuell muss noch eine Nachbehandlung mit Belastung durchgeführt werden. Das Ziel des Verfahrens ist nicht eine Beweglichkeit des Kniegelenks, sondern eine möglichst feste Ankylose.

Dr. Vulpius (Heidelberg) hat bei der Behandlung von Kniecontracturen tuberculöser Natur sich an folgende Grundsätze gehalten. Handelt es sich um eine reine Contractur geringen Grades, jungen Datums und ohne Gelenksveränderung, so wird die offene Flexorentenotomie gemacht und dann das Redressement ausgeführt. Ein gut bewegliches Kniegelenk wird sehr selten erhalten. Bei Verweigerung jedes operativen Eingriffes kann die Streckung mittels Hülsenapparates versucht werden; dann aber dauert die Cur länger, als beim operativen Verfahren, bei dem der feste Verband mindestens 6 Wochen liegen bleiben muss. Ist die reine und mässige Contractur alten Datums, so empfiehlt sich Tenotomie und supracondyläre Osteotomie; die Bewegungsweite nimmt nicht zu, sondern wird nur in der Richtung der Extension verlagert. Ist die Contractur zwar rein, aber

Digitized by Google

durch erhebliche Narbenbildung, Muskelinfiltration u. dgl. complicirt, so ist das Redressement in einer Sitzung, sowie die Osteotomie gefährlich. Bei geringem Beugewinkel versuche man Tenotomie mit etappenweiser Streckung, bei grösserem Beugewinkel (135° oder weniger) Resection. Bei Ankylose ist ebenfalls nach vorhergeschickter Tenotomie Resection angezeigt; der nachfolgende Gipsverband bleibt 12 Wochen, die über 1½ bis 2 cm betragende Verkürzung wird im Stiefel ausgeglichen.

Dr. Heusner (Barmen) wendet zur Behandlung der Kniegelenkscontracturen die Umpflanzung der Beugesehnen an die Seite des Streckers an. In Betracht kommen hier der Biceps an der Aussenseite, der Sartorius, Gracilis, Semitendinosus und Semimembranosus an der Innenseite des Knies. Der Sartorius ist nicht empfehlenswert, weil er kein eigentlicher Beuger ist, desgleichen nicht der Semitendinosus, weil er bis gegen seinen Ansatz dick und fleischig ist. Am geeignetsten ist der Semimembranosus, welcher die Kniekehle lateralwärts begrenzt und sich am Schienbein zu unterst inserirt; brauchbar ist auch die Sehne des Gracilis. Die Bicepssehne muss sorgfältig von dem Nervus peroneus isolirt und mit dem Messer von der Schenkelfascie, mit der sie verwachsen ist, abgetrennt werden. Man soll die Hautschnitte an der Beugeseite bis fast zum halben Oberschenkel hinaufführen, um die Sehnen nebst unterem Muskelende recht weit loslösen und in möglichst gerader Richtung nach ihrem Bestimmungsorte auf der Streckseite hin leiten zu können. Hierselbst genügt ein kleiner Medianschnitt von der Kniescheibe nach abwärts, um die Beugesehnen an der Aussen- und Innenseite der Quadricepsaponeurose einschlitzen und annähen zu können. Auf die Asepsis muss die grösste Sorgfalt verwendet werden, da die geringste Eiterung zur Zerstörung der ganzen gefässarmen Sehne führen und den Erfolg der Operation in Frage stellen kann. Verfasser hat dieses Verfahren in Combination mit gleichzeitiger Streckung des Knies in drei Fällen von Kniegelenkscontracturen versucht und sehr gute Resultate erzielt.

Dr. Honsell bringt an der Hand einiger Fälle von Genu valgum adolescentium, die keinerlei Behandlung unterworfen waren und nach 4½—14 Jahren nachuntersucht wurden, den Beweis, dass das Genu valgum des Jünglingsalters einer spontanen Rückbildung fähig ist. Vielleicht könnte man die Grenzen des aktiven therapeutischen Eingreifens enger ziehen und sich in manchen Fällen, die heute noch der Operation zufallen, auf zeitweilige Vermeidung der äusseren Schädlichkeiten, Hebung des Allgemeinbefindens und Kräftigung der Muskulatur beschränken.

Zur Behandlung der Hammerzehe wendet Dr. Karewski (Berlin) eine kleine Operation an, die in einer Art von Arthrodese des missbildeten Gelenks in Normalstellung besteht. Sie wird so ausgeführt, dass man durch einen plantaren Längsschnitt die contracte Beugesehne freilegt, das Gelenk nach Durchschneidung der Sehne eröffnet, die Phalangen durch Hyperextension aus der Wunde hervortreten lässt, und nun von beiden Gelenkflächen so viel mit der Knochenscheere fortnimmt, dass die Phalangen bequem und ohne jede Spannung der Weichteile in Streckstellung aneinander liegen. Zwei Hautnähte schliessen die Wunde; durch Einlegung von schmalen Streifen Schusterspahn in den Verband sichert man die Lage der Knochen zu einander und kann nun unter einem Verband in 10—12 Tagen die Heilung erwarten.

In einem Falle von Pseudarthrose der beiden Vorderarmknochen versuchte Dr. Colley folgendes Verfahren: Er stellte sich aus fein pulverisirter, im Glühtopfe frisch gebrannter Knochenasche vom Femur des Rindes in Verbindung mit Mucilago gummi arab. und destillirtem Wasser einen auskochbaren, dünnflüssigen Brei her, der die weite Canüle einer grossen Pravaz'schen Spritze mit einiger Mühe passirte. Von dieser Masse injicirte er ohne Narkose von vier zu vier Wochen je 10 ccm an die Fragmentenden hin. Der Erfolg war ein guter, nach der sechsten Einspritzung waren Radius und Ulna fest consolidirt.

Digitized by Google

Prof. Garrod und Prof. Luff über chronische Gelenkerkrankungen in der British Medical Association (Münchener med. Wochenschr. Nr. 38). — Ueber die klinische Beobachtung eines kalten Ergusses in beide Kniegelenke in Verbindung mit menstrueller Störung von Prof. Bennett (Lancet. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Ueber die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung von Dr. Codivilla (Zeitschr. für orthop. Chir. — Münchener med. Wochenschrift Nr. 42). — Projection von Röntgenbildern mit besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen der Hüfte von Dr. v. Mangoldt (Münchener med. Wochenschrift. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft). — Ueber die Behandlung der Coxitis von Dr. Ludloff (Kinderarzt. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 19). — Erkrankungen des Hüftgelenks von Prof König (Berliner klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb 270. Bd. 5 Heft). — Ueber die Verletzungen des Kniegelenks von Dr. Sarfert (Aerztl. Sachv.-Zeitg. — Medico Nr. 18). — Ueber die Behandlung der Kniegelenkankylose mittels des modellirenden Redressements von Prof. Lorenz (Wiener klin. Rundschau. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 48). — Zur Behandlung der Contracturen und Ankylosen des Kniegelenkes von Dr. Vulpius (Münchener med Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 51). — Beitrag zur Behandlung der Kniegelenkscontracturen von Dr. Heusner (Deutsche med. Wochenschr Nr 22). — Ueber die Spontanheilung des Genu valgum von Dr. Honsell (Beitr. z klin. Chir. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Zur Behandlung der Hammerzehe von Dr. Karewski (Ther d Gegenw. 5. Heft). — Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen von Dr. Colley (Centralbl. f. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 9. Heft).

**Gesichtsmasken.** Nach Dr. Unna (Hamburg) werden Gesichtsmasken bei folgenden drei Affectionen angelegt: Lupus, Ulerythema centrifugum und Naevus flammeus. Die Gesichtsmaske beim Lupus wird in dem Augenblick applicirt, wo durch Anwendung der grünen „Salbe" die grösste Masse des Lupusgewebes herausgeeitert ist und die Hauptlupusknoten sich als ebenso viele Substanz-Verluste repräsentiren. Dann werden die Patienten nach Hause entlassen mit der Weisung, wieder zu erscheinen, um sich „spicken" zu lassen, sowie die Wundfläche ganz geheilt ist. Dieses Intervall zwischen den beiden Perioden energischer Behandlung füllt der Patient am besten dadurch aus, dass er permanent eine Maske trägt, unter welcher eine feste, feuchte Wattelage sich befindet, getränkt mit einer Lösung von Sublimat (1 : 500—1000 aq.) oder Kalium hydroxyd. (1 : 1000—10000 aq.). Beide Aetzmittel können auch in Bleiwasser statt in Wasser gelöst sein. In weniger regelmässiger und weniger fest bestimmbarer Weise treten in der stärkeren Behandlung des Ulerythema centrifugum Intervalle ein, wo das einfache Tragen einer Backen-, Nasen-, Stirn-, Ohrmaske, je nach dem Sitz des Leidens, über einer feuchten Compresse von Bleiwasser, schwacher Seifenlösung oder sehr schwacher Kaliumlösung (1 : 10000) von der wohlthätigsten Wirkung ist. Endlich hat sich auch gegenüber dem schwer angreifbaren Naevus flammeus älterer Kinder und Erwachsener das permanente Tragen einer gut sitzenden Maske während der Nacht noch als dasjenige Mittel erwiesen, mit welchem am besten ein allmähliches Blasserwerden erzielt wird. Als Heilmittel unter der Maske dient gewöhnlich die Aufpinselung des wässerigen Ichthyolfirnisses. Die Technik der Maskenherstellung ist folgende: 1. Auflegen von Stücken Zinkpflastermulls in der gewünschten Grösse, 2. Ueberpinselung derselben mit Zinkleim, 3. Aufdrücken von einem Stück Verbandmull auf die ganze Fläche, 4. Zweite Aufpinselung von Zinkleim, 5. Auflegen der passenden Stücke Mullbinde zur Herstellung der Bänder der Maske und 6. Ueberleimung der letzteren über der Maske. Diese bleibt nun einige Stunden bis eine Nacht sitzen, wird dann vorsichtig entfernt, 7. inwendig mit Zinkleim angepinselt und 8. an einem warmen Orte getrocknet. 9. Dann folgen in Zwischenräumen von einigen Stunden drei Aufpinselungen von Celluloidlösung auf die innere und eine Aufpinselung auf die äussere Fläche. 10. Erneutes Trocknen. Nach zweimal 24 Stunden ist somit jede Maske vollendet und hält bei täglichem Gebrauche ohne Renovirung: 4 Wochen, mit alle 14 Tage wiederholter Aufpinselung von Celluloid mehrere Monate.

Zur Anwendung der Masken von Dr. Unna (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Allg. med Central-Zeitg. Nr. 65).

**Gewerbehygiene.** Nach umfangreichen statistischen Zusammenstellungen kommt Dr. Falk (Berlin) zu dem Schlusse, dass zweifellos das Maschinennähen, wenn die Maschine durch die Füsse der Arbeiterin in Bewegung gesetzt wird, bei

Digitized by Google

gesunden Frauen in einer, wenn auch geringen Anzahl einen schädigenden Einfluss auf die Unterleibsorgane ausüben kann, indem es durch Congestion zu den Genitalien den Anlass zu Menorrhagien, zu Stauungen und in Folge hiervon zu catarrhalischen und entzündlichen Processen, bei bestehender Schwangerschaft zur Fehlgeburt geben kann; dass dieser schädigende Einfluss sich hingegen bei Unterleibskranken in viel höherem Maasse geltend macht, so dass für die unterleibskranke Frau die Beschäftigung an der Nähmaschine als eine gesundheitsschädliche angesehen werden muss. Von geringerem Einfluss ist die Zahl der Arbeitsjahre und bei fabrikmässigem Betriebe auch die Arbeitsdauer. In viel höherem Maasse, als die Nähmaschinenarbeit übt eine anhaltend stehende Beschäftigung bei gleichzeitig schwerer körperlicher Arbeit einen schädigenden Einfluss auf die Unterleibsorgane aus.

Nähmaschinenarbeit und Plätten, ihr Einfluss auf den weiblichen Organismus von Dr. Falk (Ther. Monatsh. 6. Heft).

**Gicht und harnsaure Diathese.** Den derzeitigen Standpunkt der Gichtfrage skizzirt eine Studie von Dr. Freudweiler über die experimentelle Bildung von Gichtknoten. Sie kommt zu dem Resultate, dass die Gicht eine typische Constitutionskrankheit ist, die sich durch einen Mehrgehalt der Körpersäfte an Harnsäure äussert. Auf Grund der dauernden Harnsäureüberladung neigt der erkrankte Organismus zu localen Entzündungen. Trifft der Höhepunkt einer solchen Entzündung zusammen mit einem Maximum des Harnsäuregehaltes der Körpersäfte, so scheidet sich in den Exsudatmassen die Harnsäure krystallinisch aus. Ausser in derartigen Entzündungsherden scheidet sich die Harnsäure aber auch in Gewebepartien aus, die in Folge eines veränderten Salzgehaltes der circulirenden Harnsäure schlechtere Lösungsbedingungen liefern. Die eigentliche Erkrankung ist bei der Gicht in diejenigen Stätten zu verlegen, in welchen die Harnsäure gebildet wird.

Prof. Klemperer (Berlin) steht der bekannten Auffassung vom Wesen der Gicht, von der Rolle, die die Harnsäure dabei spielen soll, mit grossen Zweifeln gegenüber und glaubt auch entschieden nicht an die auf diese Auffassung gegründeten „Gicht-Heilmittel". Erst gab man Harnsäure lösende Mittel: Piperazin, Lysidin u. s. w.; es zeigte sich aber, dass das vollkommen nutzlos ist, denn Blutserum, das Gichtkranken während des Anfalles entzogen ist, vermag noch Harnsäure, bez. das saure Natronsalz der Harnsäure in beträchtlichen Mengen zu lösen. Dann suchte man Mittel heraus, die die Bildung der Harnsäure verringern sollten, die Benzoësäurederivate (Chinasäure, Uresin, Sidonal). Aber auch damit ist es nichts. Diese Mittel beeinflussen, wie es scheint, das Glykokoll; dass dieses Glykokoll aber die Muttersubstanz der Harnsäure sei, wie man nach Tierversuchen behauptet hat, ist falsch. Neuerdings hat Klemperer die „urolytische" Kraft des Blutes Gesunder und Gichtkranker verglichen und hat gefunden, dass diese Kraft bei der Gicht durchaus nicht vermindert sei. Der unaufgeklärte hohe Gehalt an Harnsäure des Blutes Gichtkranker beruht also sicher nicht auf mangelhafter Zerstörung, und es hat keinen Sinn, die Bildung eines Stoffes verhindern zu wollen, zu dessen Zerstörung der Körper in sich genügende Kräfte besitzt.

Derselbe Autor liefert einen Beitrag zur Erklärung harnsaurer Niederschläge im Urin. Autor trachtet zwei Fragen zu beantworten: Welche Einwirkung hat die Kohlensäure auf die Lösungsverhältnisse der Harnsäure und ihre Salze, und wie gross ist der Gehalt des Harns an physikalisch absorbirter Kohlensäure unter verschiedenen Ernährungsbedingungen? Die Antworten lauten folgendermassen: Bei reiner Fleischkost ist der $CO_2$-Gehalt des Harnes sehr gering, bei Einnahme von kohlensaurem Natron und im sauren Harn ist er reichlich, da das Carbonat in den Harn übergeht und hier durch die sauren Salze zersetzt wird. Nach Genuss von $CO_2$-haltigem Wasser, sowie von Bier und Milch und nach Bewegungen ist der Kohlensäuregehalt des Harnes ziemlich gross: die freie Blutkohlensäure diffundirt durch die Nieren.

Digitized by Google

Ein sicherer Beweis hierfür liegt in der Thatsache, dass nach dem Genusse alkalischer kohlensäurehaltiger Wässer der Harn bei alkalischer Reaction reichlich $CO_2$ enthält. Bei Pflanzenkost nimmt der $CO_2$-Gehalt des Harnes nicht so zu, wie man erwarten könnte, wahrscheinlich deshalb nicht, weil es an den Basen fehlt, um reichlich Carbonat zu erzeugen. Dass der Kohlensäuregehalt für das Sedimentiren von Bedeutung ist, ist zweifellos. Niederer Kohlensäuregehalt erleichtert das Sedimentiren der Urate; hoher Kohlensäuregehalt erleichtert bei saurer Reaction das Ausfallen der reinen Harnsäure. Bei schwacher alkalischer Reaction befördert ein hoher Kohlensäuregehalt die Lösung der harnsauren Salze. Für die Praxis ergibt sich die Regel: Man sorge für eine der neutralen sich nähernde Reaction und hohen Kohlensäuregehalt des Urins, indem man bei gemischter Diät den Genuss alkalischer $CO_2$-haltiger Mineralwässer verordnet.

Ueber die harnsauren Ablagerungen des Körpers und die Mittel zu ihrer Lösung hielt Prof. His (Dresden) einen Vortrag auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg. Bei dem Bestreben, harnsaure Ablagerungen im Körper oder im Harn in Lösung zu bringen, leisten nach Redner die Methoden und Anschauungen der physikalischen Chemie gute Dienste, dadurch, dass sie den Weg schärfer bezeichnen, auf dem wir weiter zu suchen haben. Sie zeigen, dass die Alkalisalze, sowie die Diamine: Lysidin, Lycetol, Piperazin u. s. w. zur Lösung dieser Ablagerungen untauglich sind. Wohl aber erscheint diese erreichbar durch Anwendung von Substanzen, welche mit der Harnsäure leichtlösliche chemische Verbindungen eingehen. Die irrtümlich beschriebenen Verbindungen mit Harnstoff (Rüdel) und Glykokoll (Horsford) existiren nicht, wohl aber diejenigen mit Nucleïnsäuren resp. Thymussäure (Kossel und Goto, Minkowski) und mit Formaldehyd (Tollens, Pott und Weber). Die letzteren sind weit leichter löslich, als die Harnsäure und ihre Salze; sie passiren den Körper zum Teil unzersetzt und erscheinen im Harn. Zur Lösung gichtiger Tophen und Gelenkherde ist weder Nucleïnsäure resp. Thyminsäure, noch der Formaldehyd praktisch erprobt, noch erscheint die Probe aussichtsvoll. Neben den bekannten diätetischen und physikalischen Maassnahmen ist die Erhöhung des Blutzuflusses durch locale Applicationen am meisten empfehlenswert. Die Lösung von Harnconcrementen ist (abgesehen von den Mineralwässern, deren Wirkung noch unerklärt ist) weder durch Alkalien, noch durch die Diamine zu erreichen. Sie ist aber erreichbar durch Anwendung von Mitteln, welche im Harn chemische Verbindungen mit der Harnsäure eingehen. Von diesen ist das Urotropin bisher untersucht, es scheidet im Harn Formaldehyd ab. Seine harnsäurelösende Wirkung ist unzweifelhaft und von der Acidität des Harnes unabhängig, jedoch für praktische Zwecke zu gering. Es ist wünschenswert, dass die Chemiker ihr Augenmerk auf andere wirksamere Stoffe richten, welche mit der Harnsäure chemische Verbindungen eingehen.

Um festzustellen, wie ein Ueberschuss von Harnsäure auf die Gewebe wirkt und wie diese Wirkung durch ein Arzneimittel beeinflusst werden kann, hat Dr. Richter (Berlin) bei Tauben durch kleine Dosen von chromsaurem Kali das Nierenparenchym nach und nach zerstört und hat einem Teile der Tiere zu gleicher Zeit Chinasäure, bezw. chinasaures Piperazin (Sidonal) gegeben. Es zeigte sich hierbei, dass Chinasäure und Sidonal einen erheblichen Einfluss ausübten, dass sie im Stande waren, den bei allen anderen Tieren auftretenden Niederschlag von Uraten auf den serösen Häuten und auf den Unterleibsorganen zu verhindern. Das Wirksamste hierbei ist zweifellos die Chinasäure, die auch die harnsauren Ablagerungen in den Nieren selbst unverkennbar verringert. Richter schliesst aus seinen Versuchen, dass die Anwendung der Chinasäure bei der Gicht und bei Harnsäureniederschlägen in den Harnwegen durchaus begründet ist und eine sorgfältige Erprobung verdient.

Dr. de la Camp stellte Versuche mit der Chinasäure bei der Gicht an. Autors Schlusssätze lauten: 1. Die Chinasäure beeinflusst keineswegs regelmässig

Digitized by Google

in erkennbarer Weise die Harnsäureausscheidung von Gesunden und Gichtikern bei gemischter Nahrung. 2. Eine erhebliche Hippursäurevermehrung ist stets nachweisbar. 3. Nach den bisherigen Erfahrungen scheint verminderte Harnsäureausscheidung im Harn durch Chinasäure viel mehr in den Fällen veranlasst zu werden, bei denen gleichzeitig eine bedeutende Menge harnsäurebildender Nahrung (Thymus) eingeführt wird, oder der Organismus stündlich grosse Harnsäuremengen ausscheidet (Leukämie). 4. Die an und für sich schon unklaren Verhältnisse von Harnsäure- und Hippursäurebildung-, -umbildung u. s. w., werden völlig unübersichtlich bei der menschlichen Gicht, weil hier die Rolle der Harnsäure unbekannt ist, und zweitens Tier- und Reagensglasversuche nicht ohne Weiteres auf den menschlichen Organismus übertragen werden können. 5. Trotzdem scheinen die einstweilen allein maassgebenden klinischen Erfahrungen für die Chinasäure bei der Gichttherapie zu sprechen. 6. Chinasäure ist selbst in hohen Dosen unschädlich. Ein empfehlenswertes Präparat ist das chinasaure Urotropin, Chinotropin genannt, weil das Urotropin sich im menschlichen Organismus zersetzt und Formaldehyd bildet. Mit letzterem soll die Harnsäure leicht lösliche Verbindungen eingehen. 7. Insbesondere bei Harnkrankheiten wäre das Chinotropin klinisch weiter zu prüfen.

Dr. Sternfeld wandte das Urosin (Lithium chinicum) bei Gicht an. Die mit diesem Präparat von ihm behandelten Kranken waren ausnahmslos mit dem Erfolge sehr zufrieden. Oefters wurde der ächte Gichtanfall durch eine Gabe von bis zu zehn Tabletten bedeutend abgekürzt, nach dem Anfall wurden noch einige Wochen lang täglich sechs Tabletten genommen. Das Einzige, was der Verbreitung des Mittels zu Versuchen im Grossen noch im Wege steht, ist der Preis; es kostet ein Glas mit zehn Tabletten 1,50 Mark. Das sollte jedoch nicht abhalten, das Mittel in Anwendung zu ziehen, nachdem es theoretisch alle Voraussetzungen erfüllt, welche wir an ein Mittel gegen Gicht stellen.

Auch Dr. Kölbl (Wien) bezeichnet auf Grund seiner Erfahrungen das Urosin als ein für die medicamentöse Behandlung der Gicht sehr verwendbares Mittel, welches in den geeigneten Fällen mit sicherer Aussicht auf Erfolg verordnet werden kann.

Dr. Stekel (Wien) ist zu dem Resultate gelangt, dass es sich bei allen Gichtkranken um eine erworbene oder vererbte Verminderung der Wärmeproduction handelt, und zwar besteht eine Tendenz zur Wärmeretention, d. h. zu grossen Differenzen zwischen Mastdarm und Achselhöhle. Die Hauttemperatur ist immer subnormal, die Mastdarmtemperatur manchmal normal. Die Antipyretica sind nach den Beobachtungen des Verfassers durchweg Mittel, welche die Temperatur des normalen, nicht fiebernden Menschen steigern. Entsprechend seiner Theorie der Gicht verwendet er bei derselben demgemäss neben localer Heissluftapplication intern Coffeïn 0,10 mit Citrophen 1,0 dreimal täglich zur energischen Anregung der Wärmeproduction, worin das ganze Geheimniss der Gichttherapie zu suchen sei. Im Gichtanfalle gibt Stekel Citrophen 1,0 alle zwei Stunden und heisse Umschläge.

Prof. Kisch (Marienbad) hat Beobachtungen über die Kalkwässer in ihrer Bedeutung für Gicht, speciell über den Einfluss kalkcarbonathaltiger Wässer auf die Ausscheidung des Mono- und Dinatriumphosphats im Harn angestellt. Autor hat eine Vermehrung der Diurese bei gleichzeitiger Erhaltung der sauren Reaction des Harnes constatirt und sieht darin das die harnsauren Diathesen günstig beeinflussende Moment derartiger Bädercuren.

Der hauptsächlich prädisponirende Factor für die Entstehung von Gicht und Rheumatismus ist nach Dr. Porter mangelhafte Oxydation der mit der Nahrung eingeführten oxydirbaren Substanzen. Diese „Suboxydation" kann durch zu reichliche Nahrungsaufnahme oder durch mangelhafte Ernährung und daraus resultirende Anämie hervorgerufen werden. Für die Prophylaxe und Behandlung der durch Suboxydation hervorgerufenen Krankheitszustände ist die Diät von der grössten Bedeutung. Es muss

Digitized by Google

vor Allem die Menge der eingeführten Nahrung in richtigem Verhältniss stehen zu der Oxydationsfähigkeit des Organismus; eventuell muss vor Allem die Fleischkost eingeschränkt werden. Bei der Auswahl der vegetabilischen Nahrungsmittel ist Alles zu vermeiden, was zu abnormen Zersetzungen im Darmcanal führen kann. Obst ist, wie überhaupt alle zuckerhaltigen Nahrungsstoffe, principiell zu verbieten.

Die Frage, ob Fischkost ratsamer ist, als Fleisch bei harnsaurer Diathese und Nephritis, beantwortet Prof. Klemperer (Berlin) folgendermassen: 1. Bei Patienten mit harnsauren Nierensteinen soll Fisch ebenso wie Fleisch nur in geringen Mengen, immer nur unter reichlicher Flüssigkeitszugabe und mit pflanzlicher Kost gemischt, gegeben werden. 2. In Bezug auf die Gicht gestatten die bisherigen Erfahrungen keine Entscheidung der vorliegenden Frage: doch wird Fisch mindestens nicht schlechter als Fleisch von Gichtkranken vertragen. 3. Nierenkranken scheint Fischkost bekömmlicher als Fleisch. Milch ist jedoch bekömmlicher als beide.

Für die Behandlung der Gicht empfiehlt Dr. Küster (Berlin) neben entsprechender Diät (möglichste Einschränkung von Fleisch, Fleischextracten und alkoholischen Getränken, vorwiegend vegetarische Kost etc.) zur Bekämpfung der acuten Gichtanfälle auf Grund von Erfahrungen, die er an sich selbst und zahlreichen Patienten gemacht hat, als sicherstes Mittel das Colchicin. Er gibt es folgendermassen:

| | |
|---|---|
| Colchicin. Merck | 0,05 |
| Extract. Liquirit. | |
| Pulv. Liquirit. | āā 1,50 |

M. f. pilulae No. 20.

2—4 Pillen innerhalb zweier Tage genügen, um einen Anfall niederzudrücken. Nach 24 Stunden schon tritt die Wirkung ein. In wenigen Tagen ist der Anfall vorüber. Vergiftungserscheinungen können eintreten, wenn man die 2—3 Pillen in kürzeren Pausen nimmt; Uebelkeit, Erbrechen, heftige und massenhafte wässerige Entleerungen sind die Vergiftungssymptome. Dann setzt man natürlich das Mittel aus. Bei leichten Anfällen kommt man meist mit 2 Pillen aus.

Bericht über die wichtigeren Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der inneren Medicin des Jahres 1900 von Prof. Senator und Dr. Richter (Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Lösung und Zerstörung der Harnsäure im Blute Gesunder und Gichtkranker von Prof. Klemperer (Therapie d. Gegenw. 8. Heft). — Beitrag zur Erklärung harnsaurer Niederschläge im Urin von Prof. Klemperer (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft). — Prof. His über die harnsauren Ablagerungen des Körpers und die Mittel zu ihrer Lösung auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Ther. d. Gegenw. 10. Heft). — Ueber die experimentelle Prüfung sogenannter Gichtmittel im Allgemeinen und über die Chinasäure und das chinasaure Piperazin im Besonderen von Dr. Richter (Charit.-Ann. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft). — Chinasäure und Gicht von Dr. de la Camp (Münchener med. Wochenschrift Nr. 3). — Die Chinasäure, ein neues Mittel gegen Gicht von Dr. Sternfeld (Münchener med. Wochenschrift Nr. 7). — Ueber die Verwendbarkeit des Urosin (Lithium chinicum) in der Behandlung der Gicht von Dr Kölbl (Med.-chir. Centralbl. Nr. 17). — Zur Pathologie und Therapie der Gicht von Dr. Stekel (Wiener med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 15). — Prof. Kisch über die Kalkwässer in ihrer Bedeutung für Gicht auf dem deutschen Balneologencongresse zu Berlin (Ther. d. Gegenw. 4 Heft). — Ist Fischkost ratsamer als Fleisch bei harnsaurer Diathesis und Nephritis? von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 9. Heft). — Behandlung der Gicht von Dr. Küster (Deutsche med. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitung Nr. 82).

**Glaukom.** Wie Dr. Terrieu (Paris) ausführt, gibt es drei Arten von Glaukom: 1. Glaucoma acutum; 2. Glaucoma chronicum irritativum und 3. Glaucoma chronicum. Die Aetiologie des Glaukom ist unbekannt. Die Behandlung bei Glaucoma acutum im Prodromalstadium besteht in Einträufelung von Myoticis und Anwendung der Antiphlogistica (warme Umschläge, Anlegen von Blutegel an die Stirne, Senf-Fussbäder, Abführmittel); die Eventualität der Iridektomie muss auch erwogen werden. Ist das Prodromalstadium vorüber, dann darf man mit der Iridektomie nicht zögern. Vor und nach der Ausführung derselben sind Myotica einzuträufeln. Ist ein bedeutender Ueberdruck vorhanden und die vordere Augenkammer aufgehoben, dann muss Sclerotomie oder Punction der Kammer vorausgeschickt werden. Die Iridektomie darf nicht bei Glaucoma haemorrhagicum und Glaucoma infantum

Digitized by Google

(Buphthalmie) ausgeführt werden. Bei Glaucoma chron. irritativum liefert die Iridektomie keine sicheren Resultate. Bei Glaucoma chronicum leistet das operative Verfahren gar nichts, schadet eher. Hier sind nur Myotica lange und regelmässig einzuträufeln. In leichten Fällen verwendet man Pilocarpin, in schweren dagegen Eserin. Man kann auch bei Glaucoma chronicum mit Hypertension Paracentese oder Sclerotomie ausführen. Dianouse empfiehlt Sclerotomie mit nachfolgender Malaxation. Daneben Einträufeln der Myotica, innerlich Chininsulfat und Jodkali. Wenn trotz dieser Behandlung der Process fortschreitet, greift man zum ultimum refugium, d. h. Sympathicusektomie. Die Erfolge dieser Operation sind leider nicht von langer Dauer.

Bezüglich der Sympathicus-Resection beim Glaukom kommen weil Dr. Ziehe und Prof. Axenfeld (Rostock) auf Grund ihrer eigenen und der fremden Erfahrung zu folgendem Ergebniss. Die Sympathicus-Exstirpation, es handelt sich stets nur um die Entfernung des oberen Halsganglion, ist zunächst an und für sich keine gefährliche Operation. Es ist nur ein Todesfall bekannt bei einer Epileptischen; hier wurden innerhalb acht Tagen beide Ganglien entfernt. Auch die Paresen in den Armen und die Schluckbeschwerden, die nach der Operation öfters beobachtet wurden, vergingen nach kurzer Zeit. Die Einwirkung auf das glaukomatöse Auge war in mehreren Fällen günstig; die Sehschärfe, besonders das Gesichtsfeld, besserte sich oder es trat wenigstens keine weitere Verschlechterung ein. Wie lange eine solche Besserung oder ein Stillstand andauert, lässt sich zur Zeit noch nicht sagen. Auch das muss zugegeben werden, dass trotz der Operation noch ein Fortschreiten des Glaukoms möglich ist. Jedenfalls kann davon keine Rede sein, dass die Ganglionentfernung ein Ersatz für Iridektomie oder Sclerotomie sein könne. Nur dort, wo diese Operationen schon gemacht sind ohne oder ohne dauernden Erfolg oder, wo diese Operationen nicht gemacht werden können, darf die Entfernung des Ganglion vorgenommen werden. Dies gilt hauptsächlich für das Glaucoma haemorrhagicum. Die Resection beim Glaucoma inflammatorium acutum statt der hier fast stets günstig wirkenden Iridektomie auszuführen, das wäre entschieden zu verwerfen. Die herausgenommenen Ganglien zeigten arterielle Hyperämie und Bindegewebeverdickung.

Prof. Abadie (Paris), der bekanntlich die Excision des Halssympathicus bei Glaukom vorgeschlagen hat, schränkt in seiner neuesten Publication die Indication für die Sympathicektomie selbst wesentlich ein; er hält jetzt diese Operation unter allen Umständen nur noch beim Glaucoma haemorrhagicum für angezeigt, in allen anderen Fällen aber erst, nachdem alle anderen Mittel erschöpft und erfolglos geblieben sind. Zur Behandlung des Glaukoms empfiehlt Autor Blutentziehungen an der Schläfe und innerliche Darreichung von Ergotin (0,5 täglich) und Chininum sulfuricum (0,5 täglich).

Nach Prof. Wicherkiewicz's (Posen) Ansicht haben in der Behandlung des Glaukoms die Myotica Eserin und Pilocarpin noch nicht die ihnen gebührende Würdigung gefunden. Er glaubt dies darauf zurückführen zu können, dass die meist verwendete 1%ige Lösung von Eserinum salicylicum oder hydrobromicum die unangenehmen Nebenwirkungen des Mittels, — Schmerzhaftigkeit und bedenkliche Blutansammlung im Corpus ciliare —, stark hervortreten lasse, während eine Concentration von $^1/_{10}$ bis $^1/_{15}$% ohne Schädigung genügend wirke, wenn halbstündig mehrmals eingetropft werde. Bei Glaucoma fulminans kann durch $^1/_2$% Eserinsalbe schnelle Wirkung erzielt werden. Für längere medicamentöse Behandlung eignet sich eine mindestens 2%ige Pilocarpinlösung, welche auf den Ciliarmuskel wenig wirke und dadurch den Tonus manchmal besser beeinflusse als Eserin. Die druckvermindernde Wirkung des Cocaïns könne in Verbindung mit den genannten Myoticis ausgenutzt werden. Die Zusammensetzung:

| | |
|---|---|
| Eserini sulf. | 0,01 |
| Pilocarp. muriat. | 0,2 |
| Cocaïn muriat. | 0,1 |
| Aqu. dest. | 10,0 |

sei ein geradezu souveränes Mittel gegen

Digitized by Google

chronisches Glaukom und coupire auch den acuten Anfall am schnellsten.

Aus einem Berichte von Prof. Knapp (New-York) geht hervor, dass Euphtalmin wie die anderen Mydriatica Glaukom veranlassen kann. Autor träufelte einer 62jährigen Frau eine 7,5%ige Lösung von salzsaurem Euphthalmin ein, um den Augenhintergrund zu untersuchen. Gleich darauf stieg die Spannung der Augen und es bildete sich ein vollständig typischer Anfall von acutem Glaukom aus. Nach wiederholter Einträufelung einer 2%igen Pilocarpinlösung besserte sich der Zustand, und nach Eserin-Einträufelung (1%) werden die Augen wieder klar und normal gespannt.

Beitrag zur Diagnostik und Behandlung des Glaukoms von Dr. Terrieu (Le progrès méd. — Wiener med. Blätter Nr. 37). — Sympathicusresection beim Glaukom von Prof. Axenfeld und weil. Dr. Ziehe (Samml. zwangl. Abh. — Schm. Jahrb. 272. Bd. 10. Heft). — Behandlung des Glaukoms von Prof Abadie (Clin. ophthalm. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 14). — Einige Worte über die medicamentöse Behandlung des Glaukoms von Prof. Wicherkiewicz (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. — Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47). — Ein Glaukomanfall nach Einträufelung von Euphthalmin von Prof. Knapp (Arch. f. Augenheilk. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 6. Heft).

**Glutol.** Dr. Mohr (Bielefeld) erprobte das Glutol, eine von Schleich angegebene Verbindung der Gelatine mit Formaldehyd. Nach seinen Erfahrungen bleibt bei solchen als inficirt zu betrachtenden Wunden, die sofort mit Glutol behandelt werden, die eine Infection anzeigende Reaction mit Sicherheit aus. Die Wunden zeigen schon nach kurzer Zeit frisch rote, kräftige Granulationen. Darin zeigt sich die Richtigkeit der Schleich'schen Voraussetzung, dass das Glutol eine continuirliche, antiseptische Wirkung entfalte, ohne gleichzeitige Schädigung der Zellthätigkeit. Dem Aufschiessen frischer Granulationen geht besonders bei eiternden Wunden ein Stadium voraus, in welchem die sonst trockene Wundfläche mit einem gelblichgrauen, fibrinähnlichen Beschlage (gelöstem Glutol) bedeckt ist. Man thut gut, sich bei der Glutolbehandlung hieran zu erinnern, weil auch schwer inficirte Wunden bisweilen ein ähnliches Aussehen darbieten. Vor Verwechselung mit letzterem schützt die Constatirung des guten Allgemeinbefindens, sowie der guten Beschaffenheit der Wundumgebung. Mit gutem Erfolge wandte Verfasser das Glutol ferner an bei Geschwürsprocessen (z. B. Ulcera cruris), sowie eiternden Höhlenwunden.

Ueber Glutol von Dr. Mohr (Med Woche Nr. 23 u. 24).

**Gonorrhoe.** Seine Erfahrungen über Tripperbehandlung mit Protargol fasst Dr. Niessen (München) in Folgendem zusammen. 1. Protargol lässt die Gonokokken etwa in derselben Zeit (durchschnittlich Ende der dritten Woche) bei acuten Erkrankungen des vorderen Harnröhrenteils aus dem Secret verschwinden, wie Argentum nitricum. 2. In ½ und ¾% igen Lösungen verursacht es so gut wie ausnahmslos keine Beschwerden. 3. In Bezug auf Hervorrufung von Complicationen, wenn es auch ihr Auftreten und namentlich das Aufsteigen in den hinteren Harnröhrenteil nicht zu verhindern vermag, ist es unbedenklicher, als Arg. nitr. 4. Für das mucöse und seröse gonokokkenfreie Stadium schienen ihm Adstringentien besser zu wirken als Protargol. 5. Eine wesentliche Abkürzung gegenüber den besten früheren Methoden bedeutet die Protargolbehandlung nicht.

Dr. Jesionek (München) erzielte einige Zeit mit der Protargolbehandlung keine besonderen Resultate. Schuld daran war, dass mit erwärmten, nicht mit kalten Lösungen operirt wurde, und dass die Lösungen nicht in der Kälte hergestellt wurden. Diese beiden Punkte sind für den Erfolg sehr wichtig. Es wird ferner die Lösung des Protargol in Glycerin vermieden und werden nur wässerige Lösungen verwendet; das Glycerin ruft acute Reizzustände in der Urethra hervor. Sind heftige Reizerscheinungen vorhanden, so werden zuerst antiphlogistische Maassnahmen angewendet. Nach Verschwinden der Reizerscheinungen greift man zu Protargolinjectionen, sobald im Secrete Gonokokken gefunden wurden. Die Injectionen werden sehr häufig täglich gemacht, ihre Häufigkeit lässt gegen Ende der Behandlung nach, bis man sich

Digitized by Google

schliesslich mit einer, aber dafür sehr prolongirten Injection täglich begnügt. Zur Anwendung gelangt zumeist eine $^1/_4$%ige, selten stärkere, bis 2%ige Protargollösung. Die Injectionen werden bis mindestens 10 Tage nach Verschwinden der Gonokokken aus dem Ausflusse fortgesetzt. Neben Protargol werden gleichzeitig adstringirende Injectionen ($^1/_2$%ige Lösung von Zincum sozojodolicum) gemacht. Die Behandlung der erkrankten Pars posterior geschieht entweder durch Einlegen von mit 10% Protargolcacaobutter umhüllten Bougies, oder durch Ausspritzung mittels Nélatonkatheter entweder der Blase oder nur der Pars posterior.

Dr. Plato möchte nach vierjährigen an Prof. Neisser's Klinik in Breslau mit dem Protargol gemachten Erfahrungen dasselbe an die Spitze derjenigen Mittel stellen, welche geeignet sind, den Process auf die Pars anterior zu beschränken. Er betont den Wert der Anwendung des Protargol durch die praktischen Aerzte. Der mechanische Effekt führt bei Protargolinjectionen nie zur Verschleppung von infectiösem Material, da die Gonokokken schnell von der Oberfläche der Schleimhaut verschwinden; die specifische Wirkung des Protargol besteht in der Abtödtung und Entwicklungshemmung der Gonokokken; die Eiterung schwindet nicht vor der Beseitigung der Gonokokken, so dass kein Scheinerfolg für den Kranken zur Lässigkeit Anlass gibt. Für diese Therapie eignen sich besonders ganz frische Infectionen der vorderen Harnröhre; er empfiehlt drei Injectionen täglich, u. zw. zwei von 10 Minuten und die abendliche von 20—30 Minuten Dauer, anfangs $^1/_4$%ige, später allmählich bis zu 5%iger Lösung (eventuell mit Eucain oder 3% Antipyrinzusatz).

Prof. Marschalko (Klausenburg) fand die prophylaktische Wirkung der 20% Protargolglycerin-Einträufelungen gegen gonorrhoische Infection, wenn dieselben unmittelbar nach dem Coitus ausgeführt werden, von bestem Erfolge.

Dr. Frieser (Wien) behauptet, dass das Argentamin eine stärkere antibacterielle Wirkung und eine weit bessere Tiefenwirkung äussert als Argentum nitricum und auch als das von ihm gleichfalls versuchte Protargol, während nur selten eine kaum nennenswerte Reizwirkung beobachtet wird. Für Injectionen in die Harnröhre benutzte Verfasser $^1/_2$—1%ige Argentaminlösungen von denen 20 ccm injicirt und 10 Minuten lang in der Harnröhre belassen wurden. Zu Janet'schen Irrigationen kamen Lösungen von 1 Argentamin zu 400—500 Wasser zur Anwendung, zu Scheidenspülungen bei Gonorrhoe, sowie bei Leukorrhoe und Vulvovaginitis Lösungen von 1 Argentamin zu 500—1000 Wasser, zu Intrauterininjectionen bei Endometritis gonorrhoica 1 Argentamin auf 100—200 Wasser und zu Pinselungen bei Erosionen des Muttermundes 5 bis 10 Argentamin auf 100 Wasser.

Dr. Bornemann (Charlottenburg) erprobte an Dr. Joseph's Klinik in Berlin das Albargin, eine Doppelverbindung von Argentum nitricum mit Gelatose. Es wurde durchschnittlich in 0,2%igen Lösungen angewendet, bei vorhandenen starken Entzündungszuständen wurde die Lösung Anfangs nur 0,1—0,15%ig genommen. Mit diesen Lösungen machten sich die Patienten Anfangs 4—5 mal, später in Combination mit einem Adstringens dreimal täglich Injectionen in der gewöhnlichen Weise mit der Tripperspritze. Blieben die Gonokokken dauernd verschwunden, so wurde das Gelatosesilber entweder mit Argentum nitricum vertauscht, oder nur ein Adstringens angewendet. Waren die Entzündungserscheinungen von Anfang an nicht bedeutend, so wurden in analoger Weise gleich von Beginn an grosse Spülungen nach Diday gemacht, täglich einmal, während der Patient sich selbst dann noch drei Injectionen an demselben Tage applicirte. Die in dieser Weise behandelten Gonorrhöen heilten im Durchschnitt etwas schneller ab, als die, welche nur mit Injectionen behandelt wurden. Nach Autors Erfahrungen entspricht das Albargin allen gerechten Anforderungen als Antigonorrhoicum, hat eine bedeutend grössere Dialysirbarkeit, als andere Silbereiweisspräparate und ist $2^1/_2$—3 mal billiger als diese.

Digitized by Google

Die wichtigsten Residuen früherer Infectionen, die zu chronischer Gonorrhoe führen, sind nach Dr. Valentine (New-York) Infiltration der Mucosa, Stricturen, Retention von Gonokokken in den Crypten, Drüsen und Follikeln und Neoplasmen. Die Diagnose dieser Zustände ergibt sich ausser aus dem genauen Studium der Symptome aus der mikroskopischen Untersuchung des Secrets und des Urins und aus der physikalischen Untersuchung der Urethra. Letzteres geschah früher ausschliesslich durch Palpation von aussen, was jedoch nie zu einer sicheren Diagnose führen kann, zumal die subjectiven Beschwerden oft irre leiten. Daher müssen wir auch Gefühl und Gesicht zu Hilfe nehmen. Es genügt nicht, dass eine grosse Sonde leicht in den Canal hineingleitet. Mit Hilfe einer Kugelsonde, deren Ausladung fast rechtwinklig zum Schaft steht, kann man dann oft noch finden, dass sie beim Zurückziehen durch eine Reihe von Contracturen festgehalten wird. Durch einige Erfahrung lernt man dann mit Hilfe dieses unvergleichlichen Instrumentes normale Verengerungen, Infiltrationen der Mucosa, Stricturen, Neoplasmen unterscheiden. Die endgiltige Diagnose jedoch gibt das Urethroskop. Mit den heutigen Instrumenten kann jeder praktische Arzt, mit geringerer Mühe als bei Handhabung des Augenspiegels, Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Urethra schnell erlernen. Bei einiger Uebung lernt das Auge Hyperämie, Anämie, Infiltrationen, Epitheldefecte, Stricturen, Schanker, Krebs und andere Geschwülste erkennen. Anämie und Hyperämie müssen allgemein behandelt werden; Epitheldefecte heilen gewöhnlich durch locale Anwendung 1 bis 2%iger Höllenstein-Lösungen. Infiltrationen der Mucosa — ein sehr häufiger Befund — und Stricturen werden durch allmähliche Dilatation behandelt. Die Methoden der Dilatationen sind durch Oberländer, Kollmann, Lohnstein, Wossidlo, de Keersmaeker ausgebaut und mannigfaltig Apparate — ein- bis vierblättrige — construirt worden. Intraurethrale Geschwülste und Schanker können nur durch die urethroskopische Röhre erkannt und behandelt werden. Oberländer und Kollmann haben zu diesem Zweck kalte und elektrische Schlingen, Zangen und namentlich Cauterisationsapparate angegeben. Wie bei keinem anderen Körperteil ist bei allen diesen Manipulationen auf strengste Innehaltung der Asepsis zu sehen. Von Vorteil ist dabei die Anwendung der Synolseife. Eine andere Bedingung, die chronische Gonorrhoe zur Folge haben kann, ist das Fortbestehen einer Urethritis. Hier sind Irrigationen von vorzüglicher Wirkung.

Die Prostata beteiligt sich nach Dr. Buschke (Berlin) etwa in der Hälfte aller Tripperfälle am Krankheitsprocess. Doch sind die schweren Formen der Prostatitis mit hochgradigen Schmerzen am After und Darm, qualvoller Stuhlentleerung, Urinretention und hohem Fieber, bei denen es zur Bildung von Abscessen der Drüsen kommt, relativ selten. Man behandelt diese Fälle zunächst mit Ruhe und antiphlogistischen Massnahmen, unter denen sich der Abscess nicht selten spontan in die Harnröhre entleert. Tritt die spontane Entleerung nicht ein, so incidirt man, am besten vom Damm aus, und tamponirt dann die Wunde. Weitaus die meisten Fälle von Prostatitis zeigen viel weniger bedrohliche Erscheinungen: Druck und geringe Schmerzhaftigkeit oder sonstige Sensationen in der Aftergegend besonders beim Stuhlgang, zahlreiche Eiterkörperchen im (durch Massage vom Mastdarm aus) exprimirten Secret der Drüse, zuweilen auch Gonokokken oder andere Bakterien, Veränderungen der Grösse, Consistenz und Oberflächenbeschaffenheit der Prostata. Auch hier empfiehlt sich bei Bestehen stärkerer Reizerscheinungen oder Empfindlichkeit auf Druck zunächst eine antiphlogistische Behandlung, also Ruhe, heisse oder Eisumschläge auf den Damm und Morphium- oder Belladonnasuppositorien. Erst nach Rückbildung der Reizerscheinungen wendet man die Prostatamassage an, die am besten jeden zweiten Tag bei mässig gefüllter Blase ausgeführt wird, wonach man den Patienten uriniren lässt und eine antiseptische (Argentum-, Protargol-) Bespülung der hinteren Harnröhre anschliesst. Unterstützend wirken Ichthyol- oder Jodkalisuppositio-

Digitized by Google

rien, heisse Sitzbäder, Application von Kälte oder Hitze in den Mastdarm vermittels des Arzberger'schen Apparates. Gerade die frühzeitige Behandlung dieser Prostatitisform hat eine relativ gute Prognose, und man darf deshalb bei keiner Gonorrhoe die Untersuchung der Drüse versäumen, besonders da diese Complication ohne alle subjective Erscheinungen verlaufen kann. Ueberlässt man diese Prostatitis sich selbst, so entwickelt sich gern eine chronische Entzündung mit ihren Folgezuständen: Prostatorrhoe, Druckgefühl und Parästhesien am After, Schmerzen bei Ejaculatio seminis und schliesslich eine sehr hartnäckige Neurasthenie. Auch hier sind Massage, Argentumspülungen, heisse Rectalinjectionen, resorbirende Suppositorien die therapeutisch in Betracht kommenden Mittel, die aber in diesem Stadium einen weit geringeren Erfolg haben und häufig ganz ausgesetzt werden müssen, weil sie die Neurasthenie der Patienten steigern.

Dr. Goldberg (Köln) empfiehlt die Guajakoltherapie der Epididymitis acuta gonorrhoica. Die folgende Salbe:

| | |
|---|---|
| Guajacol. puriss. | 5,0 |
| Lanolin | |
| Resorbin āā | 10,0 |

wird vom Patienten 12stündlich in solcher Menge aufgetragen, dass in 3—4 Tagen das Ganze verbraucht ist. Die Salbe wird nach einem einmaligen Reinigungssitzbad auf die schmerzhaften Stellen eingerieben, darüber kommt hydrophile Watte, Guttaperchapapier; Befestigung mit dem Neisser-Langlebert'schen oder Falksohn'schen Suspensorium. Dasselbe ermöglicht einerseits eine vollständige Fixation, andererseits einen luftdichten Abschluss des Scrotum. Ferner bekommt der Patient 3,0—4,0 Salol pro die einzunehmen. Bei gutem Allgemeinbefinden kann der Kranke eventuell seinem Beruf nachgehen, andernfalls lässt man ihn Bettruhe für 3—4 Tage einhalten. Im nachentzündlichen Stadium ist Guajakol nicht mehr geeignet. Durch die angegebene Behandlungsmethode wird ein günstiger Einfluss auf das Allgemeinbefinden und auf den örtlichen Zustand in rascher und sicherer Weise erreicht. Von grösster Wichtigkeit ist der möglichst frühe Beginn der Therapie.

Prof. Krönig (Leipzig) übt folgendes Verfahren bei ascendirter Gonorrhoe der Weiber. Besteht neben sehr starken Schmerzen Fiebersteigerung, so werden zunächst Abführmittel, und zwar vornehmlich die Salina gereicht, ausserdem wird eine Eisblase auf das Abdomen gelegt. Eine locale Behandlung von der Scheide aus findet dagegen zunächst nicht statt. Nach Entleerung des Darmes, welche meistens so weit getrieben wird, dass in den ersten Tagen 4—6 mal Stuhlgang pro die erfolgt, lässt das Fieber in allen Fällen nach. Bei Bettruhe der Patientinnen tritt in den meisten Fällen Nachlass der heftigsten Beschwerden ein. Sobald die Beschwerden sich gebessert haben, werden abwechselnd Einlagen mit Ichthyoltampons in die Scheide gemacht oder heisse Scheidenduschen verordnet. Bei stärkeren Blutungen wird Stypticin dreimal täglich in Dosen von 0,05 g gegeben, worauf die Blutung meistens sehr bald sistirt. Während der Behandlung wird, um festeren Stuhl zu vermeiden, nur flüssige Diät verabreicht; auch hierbei wird darauf gesehen, dass gleichzeitig durch die Wahl der Speisen eine leicht purgirende Wirkung erzielt werde. Sehr wesentlich für die Genesung ist die Enthaltsamkeit vom geschlechtlichen Verkehr. Die auf diese Weise behandelten Frauen wurden in nicht zu langer Zeit selbst dann, wenn sie der arbeitenden Klasse angehörten, wieder so weit hergestellt, dass sie durch die Unterleibsschmerzen nicht wesentlich in ihrer Arbeitsfähigkeit behindert waren.

Ueber Tripperbehandlung mit Protargol von Dr. Niessen (Münchener med. Wochenschr. Nr. 12). — Zur Protargolbehandlung der Gonorrhoe von Dr. Jesionek (Münchener med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 47). — Ueber Protargol von Dr. Plato (Heilk. — Wiener med. Blätter Nr. 36). — Prophylaxe der Gonorrhoe von Prof. Marschalko (Heilk. Nr. 6). — Der Wert des Argentamins für die Behandlung gonorrhoischer Affectionen von Dr. Frieser (Aerztl. Central-Zeitg. — Ther. Monatsh. 7. Heft). — Ueber Gonorrhoebehandlung mit Gelatose-Silber, Albargin von Dr. Bornemann (Ther. d. Gegenw. 3. Heft). — Chronische Gonorrhoe und postgonorrhoische Urethritis von Dr. Valentine (Med. Rec. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 72). — Dr. Buschke über Pathologie und Therapie der Gonorrhoe in der Charité zu

Digitized by Google

Berlin (Berl. klin. Wochenschr. — Ther. Monatsh. 4. Heft). — Zur Guajakoltherapie der Epididymitis acuta gonorrhoica von Dr. Goldberg (Centralblatt f. inn. Med. Nr. 14). — Zur Prognose und Behandlung der ascendirten Gonorrhoe beim Weibe von Prof. Krönig (Medico Nr. 36).

# H.

**Hämorrhoiden.** Dr. Oeder rühmt die Steisshochlagerung bei Hämorrhoiden. Sie macht zwar die übrigen Behandlungsmethoden nicht überflüssig, sie sollte aber grundsätzlich, sowohl prophylaktisch als therapeutisch, das ganze ärztliche Vorgehen in jedem Falle einleiten. Sie ist das souveränste Mittel zur Beförderung des Blutabflusses aus dem Hämorrhoidalvenenplexus zum Herzen hin. Und in der Behinderung des Blutabflusses durch die Schwere ist die wesentlichste Ursache für die Anhäufung des Blutes in den Mastdarmvenen zu suchen. Autor beschreibt, wie er das Lager mittels zweier Keilkissen so herrichten lässt, dass der Steiss (beim Aufliegen und Druck der Körperschwere) etwa 25 cm höher liegt, als Kopf und Fersen, wobei er aus eigener Erfahrung versichert, dass diese Lagerung keineswegs so unbequem sei, als es den Anschein habe. Auch empfiehlt Oeder eine halbe Bauchlage, so dass die Aftergegend frei nach oben liegt und die Application von Umschlägen etc. gut ermöglicht. Auch das Schrägstellen der ganzen Bettstelle, so dass der Körper auf einer schiefen Ebene ruht, genügt öfters, endlich ein Hochstellen der Bettstelle am Fussende und die Benützung eines niederen Keiles. Unter den Kopf kann eventuell eine Rolle oder ein Kopfkissen untergeschoben werden. Contraindicationen gegen die Hochlagerung gibt es insoferne, als manche Fälle von Herz- und Lungenkrankheiten, starker Blutandrang gegen den Kopf etc. Veranlassung geben können, von der Methode abzusehen. Indess haben auch Herzkranke diese Lagerung gut vertragen.

Dr. Scheffer gibt ein neues Keulenpessar zur Behandlung der Hämorrhoiden an. Es soll möglichst auch im Stande sein, einen prolabirten Knoten in reponirter Lage zurückzuhalten, so eine constante Druckwirkung ausüben und die Rückbildung der Knoten sichern. Das Pessar hat zu diesem Zweck einen stumpfkegelförmig gestalteten Kopf und ein kleines Widerlager. Ist ein Knoten prolabirt, so reponirt man ihn und führt gleich hinter demselben das Instrument mit sanftem gleichmässigen Druck ein; man schiebt es so weit vor, dass das Widerlager gerade die äussere Afteröffnung abschliesst. Man kann das erstemal das Pessar 1—3 Stunden liegen lassen, eventuell noch länger. Später kann man das Instrument über Nacht liegen lassen, Verfasser hat auch eine Modification des Pessars construirt, welches es gestattet, gleichzeitig verschiedene Temperaturen auf die Hämorrhoiden einwirken zu lassen. Zu diesen Zweck ist es hohl aus Metall angefertigt und hat am Ende zwei kurze Röhrchen als Ansatzstücke für zwei Schläuche, um Wasser zufliessen zu lassen. Am besten hat sich die Anwendung mässiger Wärme erwiesen. (Das Pessar ist von Apotheker Th. Lutz in Baden-Baden zu beziehen.)

Ueber Lagerungsbehandlung bei Hämorrhoiden von Dr. Oeder (Zeitschr. f. diät u. phys Ther. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft) — Ein neues Keulenpessar von Dr. Scheffer (Münchener med. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 51).

**Hautjucken.** Die Behandlung des allgemeinen Hautjuckens, welches Diabetikern, Icterischen oder Nervösen, namentlich alten Leuten so oft qualvolle Beschwerden bereitet, ist bekanntlich eine schwierige Aufgabe. Wenn man Carbol- und Mentholsalben, Essig- und Spirituswaschungen, Kleie- und Thonbäder ohne Erfolg angewandt hat, wie es leider nicht selten ist, so rät Prof. Klemperer (Berlin) auch

Digitized by Google

die locale Anwendung der Kälte zu versuchen. Man lege eine kleine Eisblase etwa eine Stunde lang auf eine beliebige Stelle des Bauches oder der Brust, oder man richte den Spray eines Aethylchloridflacons gegen irgend eine Körperstelle. Von der local anästhesirten Stelle gehen dann Reflexhemmungen aus, welche stundenlange Erleichterung des quälenden allgemeinen Juckreizes zur Folge haben.

Ueber Hautjucken von Prof Klemperer (Medico Nr. 8).

**Hedonal.** Dr. Arndt hat in der Irrenanstalt Hildburghausen 1100 g des Mittels in etwa 300 Fällen gebraucht. Die Schnelligkeit der Schlafwirkung betrug im Allgemeinen ¼—1 Stunde; selten mehr oder weniger. Die Grösse des Wirkungsgebietes erschien hauptsächlich als eine Frage der Dosis. Hallucinationen und Affectzustände gaben für die Anwendung keine Contraindication, aber die für einfache Erschöpfungszustände hinreichende Dosis von 2 g musste um ein Erhebliches überschritten werden. Die wirksame Gabe von 3—6 g wurde ohne ersichtlichen Nachteil mehrere Wochen hindurch verabreicht. Es konnte eine bemerkenswerte und regelmässige Alteration des Pulses und der Atmung nicht constatirt werden. Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme sind nicht aufgetreten, in einem Falle zeigte sich trotz mehrwöchentlicher höherer Gaben Gewichtszunahme unter Steigerung des Appetits. Vermehrte Unreinlichkeit trat nicht auf, ein häufigeres Aufsuchen des Stuhles war nicht zu bemerken und eine hartnäckige Bettnässerin wurde trotz fortgesetzter Hedonalgaben reinlich. Der Urin war stets eiweissfrei. Die Schlafdauer betrug gewöhnlich 6—8 Stunden; nachfolgende Benommenheit trat nur selten zu Tage. In mehreren Fällen musste die Gabe allmählich erhöht werden, während in anderen ein gleichmässiger Erfolg gewahrt blieb.

Auch Dr. Stahr hat in der Heil- und Pflegeanstalt in Königslutter gute Erfolge mit dem Hedonal erzielt, das keine Nebenwirkungen hervorzurufen schien.

Gute Dienste leistete das Hedonal nach Dr. Werner's (Magdeburg) Angaben bei einfacher nervöser Agrypnie, wie man sie oft bei Neurasthenikern und derartigen Kranken findet. Gute Wirkung zeigte sich auch bei der Schlaflosigkeit zweier Phthisiker und bei einer Hysterica.

Dr. Müller (Freiburg i. Br.) äussert sich bezüglich der Brauchbarkeit des Hedonals folgendermassen: In Dosen von 2—3 g stellt das Hedonal ein nach den bisherigen Erfahrungen ungefährliches Hypnoticum dar, das sich bei Agrypnie leichteren Grades und hauptsächlich dann bewährt, wenn subjectiv Ruhebedürfniss besteht, der Eintritt des Schlafes aber durch psychische Alterationen von mässiger Stärke verzögert oder verhindert wird; doch ist auch hierbei die Wirkung nicht ganz zuverlässig und erschöpft sich bei fortgesetzter Medication derartig rasch, dass die in der Mehrzahl der Fälle notwendige Steigerung der Anfangsdosis (bis 5,0 g) mitunter nicht im Stande ist, die Abschwächung zu paralysiren. Bei schwerer Asomnie ist der hypnotische Effect gänzlich unsicher und auch bei höheren Gaben (über 3,0 g) ungenügend. Nebenwirkungen fehlen auch diesem Hypnoticum nicht, scheinen aber nach dem bisher vorliegenden Material harmlos zu sein und eine Unterbrechung der Medication nur da zu verlangen, wo anscheinend Idiosynkrasie gegen das Mittel besteht. In diesen Fällen führt das Hedonal zu einer, zuweilen beträchtlichen Steigerung der Diurese und verursacht lästige, subjectiv oft sehr unangenehme Begleiterscheinungen — Symptome, die nach Aussetzen der Verordnung rasch und ohne erkennbare Folgen wiederum verschwinden.

Ueber Hedonal von Dr. Arndt (Ther. Monatsh. 4. Heft). — Kurze Mitteilung über das Hedonal von Dr. Stahr (Psychiatr. Wochenschr. Nr. 47). — Ueber Hedonal von Dr. Werner (Therap. der Gegenw. 9. Heft). — Ueber das Hedonal von Dr. Müller (Münchener med. Wochenschr. Nr. 10).

**Hefe und Levurin.** Ueber die Einwirkung steriler Dauerhefe auf Bakterien stellte Dr. Geret (München) Versuche an, die zu folgenden Resultaten führten. 1. Die gährkräftige Dauerhefe äussert bei Zuckerzusatz auch in vitro eine baktericide Wirkung; 2. gährungwirksame Dauerhefe oder gährwirksame



Digitized by Google

ohne Zuckergegenwart äussern viel geringere Wirkung; 3. die eigentliche Ursache dieser Wirkungen ist nicht völlig klargestellt. Vielleicht handelt es sich um einen combinirten Einfluss der Zymase, der proteolytischen Enzyme, des entstehenden Alkohols, der Kohlensäure und der concentrirten Zuckerlösung. Vielleicht spielen auch die bei der Gährwirkung eintretenden Diffusionsvorgänge eine wichtige Rolle. Obwohl somit in theoretischer Hinsicht die Frage noch nicht geklärt ist, so sprechen doch auch Autors Versuche entschieden dafür, dass Dauerhefe mit Zuckerlösung zur Bekämpfung von bakteriellen Processen an zugänglichen Körperoberflächen mit Nutzen angewendet werden kann.

Das Levurin wird aus der Bierhefe bereitet und soll vor der frischen Bierhefe den Vorteil besitzen, sich unbegrenzt zu erhalten. Es wird zu zwei bis drei Kaffeelöffel täglich, aufgelöst in Bier oder auch in Oblaten, genommen. Bei der Furunculose soll das Mittel sehr rasch abortiv wirken, die Geschwülste sollen sich verkleinern und nicht zur Eiterung kommen. Wenn die Furunkeln noch in Entwickelung sind, so vermindert das Levurin den nekrotischen Process, behebe den Schmerz und vermindere die Giftigkeit der Krankheit. Dasselbe gilt für Anthrax. Auch die Acne werde durch das Levurin günstig beeinflusst, wie dies bei Jod und Bromacne zu beobachten sei. Das Hautjucken wird durch dieses Mittel auffallend vermindert. Bei Ekzema und Psoriasis ist das Levurin ohne Wirkung.

Einwirkung steriler Dauerhefe auf Bakterien von Dr. Geret (Münchener med. Wochenschrift Nr. 46). — Ueber Levurin (Le Scalpel. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45).

**Hernien.** Die Ursachen der Entstehung von Hernien bei Kindern sind nach Dr. Ochsner (Chicago) zum Teil angeboren, zum Teil erworben. Unter den letzteren ist die wichtigste, Wachsen des intraabdominellen Druckes, hervorgerufen durch Gasansammlung in den Darmschlingen oder durch übermässige Anstrengung bei der Defäcation und Urinentleerung, endlich durch heftigen und anhaltenden Husten. Die Hernien müssten daher zur Spontanheilung tendiren, wenn die Herabsetzung der intraabdominellen Drucksteigerung durchgeführt wird. Das beste Mittel hiefür ist sechswöchentliche Bettruhe bei höher gestellten Bettfüssen. Die Diät soll so gewählt werden, dass Flatulenz und Obstipation vermieden wird. Andere prophylaktische Maassregeln gelten der Beseitigung des Hustens. Eine eventuelle Phimose ist zu operiren. Ein operatives Verfahren ist indicirt bei strangulirter oder durch Adhäsionen irreponibler Hernie, bei Hernien, deren grosser Bruchring ein Bracherium nutzlos erscheinen lässt, und endlich bei reponibler Hydrocele. In Fällen, in denen die Bettbehandlung undurchführbar ist, muss das Kind Tag und Nacht ein Bruchband tragen, bis das Vortreten des Bruches durch circa sechs Monate ausgeblieben ist.

Dr. Maass (Berlin) geht bei der Radicaloperation kindlicher Hernien folgendermassen vor: 3 bis 4 cm langer, von der Bruchpforte schräg abwärts verlaufender Hautschnitt. Isolirung des Bruchsackes. Reposition des Bruchinhaltes. Eröffnung des Bruchsackes nur bei incarcerirten oder adhärenten Hernien. Die kindliche Serosa ist nämlich so durchsichtig, dass auch der uneröffnete Bruchsack über die Reposition seines Inhaltes keinen Zweifel lässt. Der leere Bruchsack wird torquirt und hoch am Bruchsackhalse mittels Durchstechungsligatur unterbunden. Hautnaht. Jodoformcollodiumverband. Am sechsten Tage Entfernung der Nähte. Die allgemeine Reaction der Operation ist, abgesehen von den Nachwirkungen der Narkose, am ersten und zweiten Tage minimal. Die örtliche Reaction ist etwas beträchtlicher, indem bald nach der Operation ein starkes Oedem des Scrotum, mitunter auch des Penis auftritt, das aber ausnahmslos sehr schnell zurückgeht. Störungen seitens des Darmtractes oder der Harnblase hat Verfasser in keinem Falle beobachtet. Unter den Gefahren, die der operative Eingriff für die kleinen Patienten bedingt, ist die Narkose zu erwähnen, die aber im Allgemeinen von den Kindern gut vertragen wird. Geringer als die Gefahr der Narkose ist die der Wundinfection anzuschlagen. Operirt man ohne Eröff-

Digitized by Google

nung des Bruchsackes, dann entfällt von selbst die Gefahr der intraperitonealen Infection. Weit ernstere Folgen ergeben die Verletzungen des Vas deferens oder der Hodengefässe, die wegen der Zartheit dieser Gebilde trotz sorgfältigster Technik gelegentlich vorkommen. Dieses Operationsverfahren lässt sich auch auf die Nabelbrüche übertragen, wenn auch hier die Erfolge nicht sicher sind. Da Verfasser in einem Falle von Nabelbruchoperation Recidive gesehen hat, verengert er bei Nabelbrüchen nach der Resection des Bruchsackes die Bruchpforte durch eine Tabaksbeutelnaht und vernäht darüber die Haut in querer Richtung.

Bei der Radicaloperation der weiblichen Leistenhernien geht Prof. Coley (New-York) folgendermassen vor. Der Bruchsack wird von dem Ligamentum rotundum wegpräparirt, im Bereich des äusseren Ringes ausgedehnt freigelegt und mit Catgut abgebunden. Die Wunde wird dann in drei Etagen gerade wie bei der Bassini'schen Methode geschlossen. Als Nahtmaterial für die Tiefe dient Känguruhsehne von mittlerer Stärke. Die Haut wird mittels Catgut vernäht. In der tiefen Schicht werden vier bis fünf ununterbrochene Suturen angebracht, welche Obliqus internus und Transversus an das Ligamentum Poupartii attachiren. Das runde Mutterband darf sich in den unteren Wundwinkel zurückziehen. Dort ist es nahe dem Schambein so klein, dass es viel weniger Raum beansprucht, als der Samenstrang beim Manne. Für die Aponeurose wird die fortlaufende Naht, welche aus Känguruhsehnen besteht, gewählt. Drainage wird nicht angewendet. Der Deckverband besteht aus Jodoformgaze und feuchter Sublimatgaze (1 : 5000). Eiterung trat nur in einem einzigen Fall ein, in welchem ungenügende Sterilisirung der Haut des Patienten nachgewiesen wurde.

Einer Arbeit von Dr. Busse (Königsberg) liegen 22 Brüche der Nabelgegend zu Grunde, die innerhalb der letzten fünf Jahre in der v. Eiselsberg'schen Klinik und Privatklinik zur Behandlung kamen. Bei einer genaueren Durchsicht der Fälle drängt sich die Forderung auf, möglichst frühzeitig eine Radicaloperation vorzunehmen, da man nur so den Kranken eine allerdings volle Gewähr der Heilung geben kann, während bei einer Hernie, die bis auf Apfelgrösse gewachsen ist. die Aussichten einer Dauerheilung nur noch die halben sind und bei noch grösseren Hernien die Aussicht sehr gering wird.

Bei den Operationen der Nabelbrüche und Bauchwandhernien legt Prof. Bessel-Hagen grosses Gewicht auf die genaueste Wiedervereinigung aller einzelnen Bauchwandschichten. Autor hat bei den medianen Laparotomieschnitten principiell beiderseits die Rectusscheide am Innenrande des Muskelbauches gespalten, um auf diese Weise möglichst in der ganzen Ausdehnung des Bauchschnittes Muskel mit Muskel zur unmittelbaren Berührung und Verwachsung bringen zu können. Bei allen Bauchoperationen muss zur Vermeidung einer späteren Narbenektasie der Schnitt durch die Bauchdecken so eingerichtet werden, dass möglichst zu beiden Seiten für eine feste Bauchnaht sich eignende Muskelschichten gewonnen werden können.

Dr. Heinrich operirt grosse Nabel- und Bauchnarbenbrüche folgendermassen: Nach Ablösen der Därme und sonstiger Adhäsionen wird der Bruchsack abgetragen und das am Rande der Bruchpfortr gelockerte Peritoneum durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt. Dann wird die Rectusscheide einer Seite freigelegt und dieselbe durch einen flach bogenförmigen, nach aussen convexen Schnitt durchtrennt. Die Endpunkte des Schnittes liegen ober- und unterhalb der Bruchpforte in der Linea alba. Der so gebildete halbmondförmige Fascienlappen wird sorgfältig vom Muskel abgelöst, umgeschlagen und an die Rectusscheide der anderen Seite angenäht. Diese Naht muss mit einem schwer resorbirbaren Material Seide angelegt werden. Darüber folgt die Hauptnaht. Bei drei in dieser Weise operirten Fällen ist keine Spur eines beginnenden Recidivs vorhanden. Liegt die Bruchpforte nicht in der Linea alba, so kann die Bildung und das Umschlagen von Fascienmuskellappen Vorteile bieten.

Für die Behandlung eingeklemmter



Digitized by Google

Brüche mit gangränösem oder gangränverdächtigem Darm empfiehlt Dr. Petersen (Heidelberg) die primäre Resection. Der Anus präternaturalis ist ein Notbehelf; er soll, genügende Erfahrung des Operateurs vorausgesetzt, nur angelegt werden bei starkem Collaps oder bei sehr ausgedehnter perihernıöser Phlegmone.

Dr. Schanz hat für nicht reponible Brüche eine elastische Beutelpelotte construirt. Dieselbe besteht aus einem schmalen, stählernen Ring, welcher die Bruchgeschwulst an ihrer Basis angreift und aus einem in den Ring eingenähten Beutel von elastischem Stoff (Gummitricot). Die Grösse der Pelotte muss in allen ihren Teilen der Grösse der Bruchgeschwulst angepasst sein. Am besten arbeitet man nach einem Gipsmodell des möglichst reponirten Bruches. Von Wichtigkeit ist ausserdem die Bestimmung des Grades von Elasticität, welche man dem Beutel gibt: nicht zu viel und nicht zu wenig. Die so construirten Bandagen wirken vortrefflich.

Die Behandlung der Hernien bei Kindern von Dr. Ochsner (Journ. of the Amer. Med. Assoc. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 7. Heft). — Die Radicaloperation kindlicher Hernien von Dr. Maass (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 10). — Die Radicaloperation der weiblichen Inguinalhernien von Prof. Coley (Münchener med. Wochenschr. Nr. 2). — Zur Radicaloperation der Nabelbrüche von Dr. Busse (Arch. f. klin. Chir. — Schmidt's Jahrb. 272. Bd. 10. Heft). — Zur Technik der Operationen bei Nabelbrüchen und Bauchwand-Hernien von Prof. Bessel-Hagen (Arch. f. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 2. Heft). — Dr. Heinrich über Operation grosser Nabel- und Bauchnarbenbrüche auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Allg. med. Central-Zeitung Nr. 93). — Ueber die Behandlung brandiger Brüche von Dr. Petersen (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8—10). — Bruchband mit elastischer Beutelpelotte von Dr. Schanz (Münchener med. Wochenschr. Nr. 9).

**Heroin.** Dr. Nusch (Nürnberg) hat das Heroin in über 200 Fällen angewandt, insbesondere bei Tuberculosis pulmonum in den verschiedensten Stadien. Obenan steht zunächst die hustenreizstillende Wirkung des Heroins, die in weitaus den meisten Fällen von Hustenreiz bei Phthisikern eine prompte war. In dieser Eigenschaft ist Heroin dem Morphin vorzuziehen. Unangenehme Nebenwirkungen, wie solche manchmal nach Morphingaben eintreten, wurden in keinem Falle beobachtet. Empfehlenswert erscheint die Anwendung von Heroin besonders auch bei Patienten mit Larynxtuberculose, die unter dem quälenden Husten viel zu leiden haben. Auch bei Hämoptoë hat Verfasser gute Erfolge von Heroin gesehen. Dasselbe beseitigt ziemlich prompt den Husten und ist Morphingaben, die nicht selten Brechreiz hervorrufen, insofern vorzuziehen, als es keine ähnlichen Nebenwirkungen auslöst. Günstig beeinflusst wird in gleicher Weise auch der Husten bei Patienten mit Bronchiektasie und chronischer Bronchitis. Bei schweren Dyspnoeanfällen lässt Heroin oft im Stiche. Bei leichteren Fällen liess sich eine Herabsetzung von sechs, acht bis zehn Atemzügen in der Minute constatiren. Eine direct schlaferzeugende Wirkung, wie es bei Morphium der Fall ist, kommt dem Heroin nicht zu. Dagegen wirkt es, namentlich in abendlichen Dosen von 0,01, indirect schlafbefördernd. Angewöhnung im Sinne von Morphium wurde nicht beobachtet; man kann Heroin wochen- und monatelang geben, ohne dass die Wirkung gerade schwächer wird. Auf die Temperatur scheint Heroin ohne Einfluss zu sein.

Dr. Geiringer hat an Dr. von Pfungen's Abteilung des Krankenhauses Wieden in Wien mit dem Heroin folgende Erfahrungen gemacht. Die Wirkung des Heroins zur Stillung des Hustenreizes und Beseitigung der Atemnot ist, besonders im Vergleich zum Codeïn, eine sehr gute. Ungünstige Nebenwirkungen scheint das Mittel nicht oder nur ausnahmsweise zu entfalten. Eine Angewöhnung tritt nicht oder nur in unbedeutendem Maasse ein, so dass die Dosis selbst bei wochenlangem Gebrauche nicht erhöht zu werden braucht. Heroin ist in den meisten Fällen ein geeigneter Ersatz für Morphin und Codeïn, welchen gegenüber es viele Vorteile besitzt.

Nach Dr. Jacobi (Klausenburg) ist das Heroinum purum ein vorzügliches hustenstillendes Mittel, besonders bei den seit Monaten oder Jahren be-

Digitized by Google

stehenden, mit starkem Husten verbundenen Erkrankungen, wo es öfters in halb so grossen Dosen rascher wirkte, als das lange hindurch gegebene Morphium. Eine gewisse Gewöhnung tritt auch bei dem Heroin ein, doch erweisen sich nach einigem Pausiren die früheren Dosen wieder wirksam. Am meisten indicirt dürfte es bei Tuberculösen sein. Auf die Herzthätigkeit scheint es keinen Einfluss zu haben. Von Nebenwirkungen ist es nicht frei; schon nach 0,005 sah Jacobi leichte Intoxicationserscheinungen auftreten. Man beginnt daher am besten mit 0,005 pro dosi und höchstens 0,02 pro die.

Dr. Wittbauer (Eisenach) verordnet Heroinum muriaticum bei den oft so lästigen und überaus schmerzhaften Neuralgien, welche man gerade häufig genug während und nach der Influenza zu beobachten Gelegenheit hat, mit ausgezeichnetem Erfolg in Verbindung mit Antipyrin oder in der Kassenpraxis mit Antifebrin und zwar in folgender Weise:

Rp.: Heroin. muriat. 0,003
Antipyrin. oder Antifebrin. 0,3
Mf. pulv. Dent. N. X. S. 3mal tägl. ein Pulver zu nehmen.

Weitere Mitteilungen über den therapeutischen Wert von Heroin von Dr. Nusch (Münchener med. Wochenschr. Nr. 12). — Therapeutische Erfahrungen mit Heroin von Dr. Geiringer (Wien. med Presse Nr. 43). — Ueber die Wirkung des Heroins von Dr. Jacobi (Wiener med. Wochenschrift. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 47). — Ueber Heroin von Dr. Witthauer (Münch. med. Wochenschrift Nr. 23).

**Herzkrankheiten.** Prof. Hochhaus (Köln) teilt seine die functionellen oder nervösen Herzkrankheiten betreffenden Beobachtungen mit. Das Krankheitsbild ist ein sehr wechselndes. Es treten hauptsächlich zwei Symptomgruppen in den Vordergrund, nämlich: 1. subjective Empfindungen, vom leichten Druck in der Herzgegend angefangen bis zu den heftigsten Schmerzen, wie wir dieselben nur bei der Angina pectoris kennen, häufig complicirt noch mit Erscheinungen am übrigen Nervensystem, und 2. objective, bestehend in deutlich wahrnehmbaren Veränderungen der Herzthätigkeit. Meist ist die Herzthätigkeit beschleunigt und verstärkt, selten verlangsamt; dagegen sind arhythmische Störungen gar nicht so sehr selten, wie es wohl sonst angegeben wird. Aus einer Combination beider Symptomgruppen setzt sich das Krankheitsbild zusammen; fast stets stehen die subjectiven Empfindungen im Vordergrund, als Spannung, Druck, Schmerz in der Herzgegend, häufig combinirt mit dem Gefühl der Atemnot. Eigentümlich sind die Organempfindungen, welche manche Kranken am Herzen haben; sie geben an, dass sie ganz genau fühlen, wie das Herz sich zusammenzieht, bald langsam, bald schneller, bald in einem Zuge, bald absatzweise. Objective Veränderungen der Herzthätigkeit sind zuweilen gar nicht vorhanden, andere Male sehr hervortretend, meist in der Form der Palpitation, selten in der des Gegenteils; von Arhythmien beobachtet man die verschiedensten Formen, bei Weitem am häufigsten die sogenannten frustranen Herzcontractionen. Das Herz gibt bei seiner Contraction einen sehr heftigen Stoss, zugleich setzt der zugehörige Puls aus; mit dieser frustranen Contraction ist ein sehr unangenehmes Gefühl verbunden, als ob das Herz plötzlich stillsteht. Das Bild wird durch Störungen in anderen Nervengebieten vervollständigt. Diese Herzstörungen sind nicht selten anfallsweise, häufig aber permanent. Die Diagnose ist oft recht schwierig. Am leichtesten ergibt sie sich noch da, wo eine Hysterie oder Neurasthenie offen zu Tage tritt. Manchmal hilft eine längere Beobachtung, ferner das Ausbleiben der Folgeerscheinungen, welche organische Herzleiden nach sich zu ziehen pflegen, über die Zweifel hinweg, ob das Leiden functionell oder organisch ist. Verfasser hat nun versucht, der Diagnostik durch zwei neuere Methoden, durch die Messung des Blutdruckes und die Durchleuchtung, weitere Hilfsmittel zuzuführen. Bei den meisten Kranken war eine deutliche Erhöhung des Blutdruckes festzustellen. Dies ist prognostisch insofern wichtig, als ein dauernd erhöhter Druck mit der Zeit zu Arteriosclerose und Insufficienz des Herzens führen kann, wie denn auch in der That diese sich im Gefolge der Herzneurose häufig gezeigt

Digitized by Google

haben. Der erhöhte Blutdruck kommt seinerseits durch die verstärkte Herzaction, mit anderen Worten, durch eine Mehrarbeit des Herzens zu Stande, welche sich in den raschen, stossweisen Contractionen des Herzens, sowie in dem eigentümlich erschütternden Herzstoss, welchen man bei nervösem Herzklopfen so häufig beobachtet, documentirt. Diese Annahme ist durch die Durchleuchtung völlig bestätigt worden. Es zeigte sich hierbei, dass das Herz sich nicht nur schnell, sondern auch sehr ausgiebig zusammenzieht, so dass der Unterschied zwischen dem Herzschatten in der Diastole und Systole ein viel grösserer, als beim normalen Herzen ist. Die Behandlung hat besonders in geeigneter psychischer Beeinflussung, Regelung der ganzen Lebensweise, der Diät und in hydrotherapeutischen Maassnahmen zu bestehen. Entgegen anderen Autoren hat Verfasser von der Anwendung geringer Dosen Digitalis, mehrmals pro die 1 cg, meist in Verbindung mit Chinin, sehr guten Erfolg gesehen und möchte diese Medication dringend empfehlen.

Unter dem Namen „septische Endocarditis" fasst Prof. Lenhartz (Hamburg) diejenigen Formen der Herzentzündung zusammen, welche durch bestimmte Mikroorganismen, (Staphylo-, Streptokokken, Pneumo- und Gonokokken) hervorgerufen werden; es sind das also die Fälle, welche früher als maligne ulceröse Endocarditis bezeichnet wurden, ein Name, der, wie Lenhartz nachweist, nicht passend gewählt ist, da es sich durchaus nicht immer um ulceröse Processe und um maligne Fälle handelt. Nach Lenhartz gehören hierher alle Fälle, bei denen im lebenden oder Leichenblut und in den Klappenvegetationen die obengenannten Mikroorganismen gefunden werden. Lenhartz führt eine Reihe von Fällen an, bei denen während eines langen Krankheitsverlaufs regelmässig positive Blutculturen erzielt wurden; es sind dies 28 Fälle, von den 19 acut, 9 chronisch verliefen, bei den letzteren handelte es sich zumeist um Streptokokkenerkrankungen. Es wurden im Ganzen in 10 Fällen Streptokokken, in 8 Staphylokokken, in 9 Pneumokokken, in 1 Gonokokken gefunden. Mehrfach wurden alte Klappenaffectionen gefunden, in einer Anzahl Fälle sind aber erkrankte Klappen frei geblieben. Aetiologisch handelte es sich in 5 Fällen um eine puerperale Infection, in 7 Fällen trat die Erkrankung nach mechanischer Harnröhrenbehandlung auf (fünfmal Staphylokokken-, zweimal Streptokokkenendocarditis), in 2 Fällen ging eine Angina, in 5 eine croupöse Pneumonie voraus. In 12 Fällen wurde ein Vitium gefunden. Diagnostisch kommt in erster Linie die Auscultation in Betracht, in den chronischen Fällen haben Geräusche nie gefehlt, bei den acuten in der Hälfte der Fälle, ausserdem ist vor allen Dingen die bakteriologische Untersuchung des Blutes und der Nachweis von Metastasen von Wichtigkeit. Die Prognose ist schlecht, aber wie zwei Fälle lehren, nicht absolut infaust. Die Therapie kann nur exspectativ und symptomatisch sein.

Nach Dr. Hirsch (Leipzig) gilt kein Fettherz als Krankheit sui generis. Autor stimmt v. Leyden bei, wenn er die Bezeichnung „Fettherz" durch den Ausdruck „Herzbeschwerden Fettleibiger" ersetzt wissen will. Diese Herzbeschwerden sind verschiedener Art und haben verschiedene Ursachen. Treten bei einem jüngeren muskelschwachen Fettleibigen (etwa unter 40 Jahren) Erscheinungen von Herzschwäche auf, so muss man zunächst daran denken, dass dieselben durch das Missverhältniss zwischen Körpermaasse und Herzkraft bedingt sein kann. Dabei muss aber insbesondere durch eine genaue Anamnese festgestellt sein, dass keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Coronararteriosclerose oder einer schweren functionellen Schädigung bestehen. Bei muskelstarken Fettleibigen (auch jüngeren Individuen) mit Herzinsufficienz muss in erster Linie an das Vorhandensein anatomischer oder schwerer functioneller Schädigungen gedacht werden. Es sind vor Allem die Arteriosclerose, insbesondere Coronarsclerose, Nierenveränderungen, Arteriosclerose der Splanchnicusgefässe und chronische Myocarditis in Betracht zu ziehen. Nach der Form richtet sich auch die Therapie. Im

Digitized by Google

ersteren Falle ist die Uebungstherapie am Platze.

Bei beginnender Arteriosclerose, bei Aortenaneurysma und bei den Herzstörungen mancher Neurastheniker, wenn es gilt den überhohen Blutdruck dauernd herabzusetzen, empfiehlt Dr. Burwinkel (Nauheim) die Unterernährung. Für Herzkranke eignen sich nach Autor überhaupt kleinere, wenn auch häufigere Mahlzeiten. Auf langsames Essen und Kauen lege man besonderes Gewicht, einmal ist so das Hungergefühl eher gestillt, und dann ist die Ausnutzung der Speisen bei reichlicher Speichelbeimengung eine weit bessere und schnellere. Auch das Trinken zu Tisch wird so leichter entbehrt, welches oft nur dazu dient, die Bissen hinunterzuspülen und den Magen überlastet. Hastiges, reichliches Trinken steigert bei Herzkranken den Blutdruck bedenklich, er geht oft erst nach Stunden auf den Originalwert zurück. Nicht minder wichtig als das Wieviel ist für die vorliegende Frage die qualitative Beschaffenheit der Nahrung. Insbesondere wendet sich Verfasser gegen Bevorzugung der Fleischnahrung. Abgesehen davon, dass bei dieser Diät das Sättigungsgefühl relativ spät eintritt und so die Gefahr einer Luxusconsumption grösser wird, vermehrt die Fleischnahrung die Viskosität des Blutes und damit die inneren Reibungswiderstände in der Gefässbahn. Namentlich bei Neigung zur Arteriosclerose soll deshalb die vegetarische Kost bevorzugt werden, welche zugleich die Darmfäulnis herabsetzt und die Darmthätigkeit anregt Reichliche Darmausleerung ist für Herzkranke allemal wünschenswert. Gewürze müssen thunlichst gemieden werden, weil sie das Durstgefühl steigern.

Dr. Ziegelroth (Berlin) beschreibt die von ihm seit einigen Jahren geübte Art der Herzmassage. Sie besteht in der vorsichtigen Streichung derjenigen Intercostalräume, in denen sich das Herz direct der palpirenden Hand entgegenstemmt. Verfasser macht die Streichung gern mit der linken Hand, weil man so leichter mit allen fünf Fingern die Intercostalräume bestreichen kann. Mit der rechten Hand drückt er unterhalb des linken Schulterblattes sich den Thorax entgegen. Der Patient sitzt am besten dabei auf einem etwas erhöhten Sitz (Massagebank und dergl.). Der Grund für die Bevorzugung dieser Stellung ist ein zweifacher. Erstens ist das Herz im Sitzen der Thoraxwand näher, als im Liegen, zweitens ist ein etwas erhöhter Sitz nötig, um dem Arzte das ermüdende Gebücktstehen zu ersparen. Neben den Streichungen wendet Verfasser leichtes Klopfen der Herzgegend an, aber nur mit der Fingerbeere durch klavierspielartiges Klopfen. Dieses Klopfen muss sorgfältig eingeübt werden, am besten an widerstandsfähigen Körperteilen, wie Rücken, Oberschenkel; die erste Einübung geschieht am besten auf einer Trommel. Man muss, um auch sehr empfindlichen Patienten, namentlich bei zartem Thorax, nicht wehe zu thun, die Klopfungen in sehr elastischer Weise aus dem Handgelenk vornehmen, und zwar so, dass man in jedem Augenblick ganz nach Individualität und Indication dosiren kann. Eine dritte Art der Herzmassage besteht in der Anwendung des Concussors. Diese nützliche Massage-Maschine, die durch Ewer in die Massage-Technik eingeführt wurde, eignet sich in ganz hervorragender Weise für eine leicht dosirbare Behandlung der Herzgegend.

Aus den Beobachtungen von Dr. Siegfried (Nauheim) ergeben sich für die therapeutische Anwendung der Vibrationsmassage bei Herzkrankheiten folgende Gesichtspunkte. 1. Vibration des Herzens ist stets nur mit grosser Vorsicht in milder Form und in beschränktem Maasse auszuüben. 2. In manchen Fällen von Tachykardie, Myokarditis, Dilatation haben wir in der Vibration des Herzens ein brauchbares und für den Patienten subjectiv angenehmes therapeutisches Mittel, um die Herzthätigkeit zu reguliren und um die von Palpitationen und Dyspnoë herrührenden Beschwerden zu lindern. 3. Die Wirkung ist keine dauernde, vielmehr eine schnell vorübergehende. 4. Die Vibration ist contraindicirt bei hochgradiger Arteriosclerose, bei Aneurysma, bei Neigung zu Apoplexie, überhaupt in allen Fällen, in denen eine plötzliche Erhöhung des Blut-

Digitized by Google

drucks vermieden werden muss. 5. Das Hauptfeld für die Anwendung der Vibrationsmassage liegt nicht auf dem Gebiete der Herzkrankheiten; hier kann sie nur erprobte Behandlungsmethoden, wie die balneologische, in manchen Fällen unterstützen.

Zur Behandlung der abnormen Beweglichkeit des Herzens hat Dr. Gräupner (Nauheim) einen Herzcompressor construirt. Derselbe besteht aus einer festen, getriebenen Metallplatte, die sich genau den Contouren des Thorax anpasst und die die gesammte Herzgegend, jedoch auch gleichzeitig die Convexität des Thoraxbogens in der Umgebung des linken Herzmuskels deckt. An der Innenseite dieser Metallplatte, die also entsprechend der individuellen Thoraxcontour gebaut ist, befindet sich ein aufblasbarer Gummimantel, der mit Luft, eventuell mit Wasser gefüllt werden kann. Der Patient bläst diesen Gummimantel so weit auf, bis der dadurch auf den Thorax ausgeübte Druck angenehm empfunden wird. Die Befestigung des Compressors erfolgt derart, dass die freie Bewegung des Thorax in keinerlei Weise gehemmt wird; beim exakten Anpassen des Compressors muss die Atmung freier und das Gefühl des Herzklopfens weniger empfunden werden; brennende und stechende Empfindungen müssen wegfallen. Fixirt wird der Compressor durch mehrere Bindenzügel.

Bezüglich der Herzstützapparate bemerkt Prof. Klemperer (Berlin), dass es sich hierbei nur um vorübergehende Einwirkungen handelt, welche teils suggestiver teils reflectorisch hemmender Natur sind und dass der Zustand des Herzens selbst durch äussern Druck nicht beeinflusst werden kann. Er hält es kaum für möglich, dass durch Druck auf den Thorax die Lage oder gar die Grösse des Herzens verändert werden kann und deswegen möchte er sich gegen die Anwendung complicirter Stützapparate aussprechen, die in Wirklichkeit nicht mehr nützen, als die einfachsten Herzcompressionen.

Dr. Rose berichtet über einen Fall von Hydropericard, bei dem er die Paracentese des Herzbeutels gemacht und dadurch dem Kranken das Leben erhalten hat. Der Patient litt an schwerem Gelenkrheumatismus — Hand und Fuss waren ganz steif — ferner gleichzeitig an Endocarditis und pericardialem Exsudat. Letzteres nahm so zu, dass es zu einer breiten Dämpfung bis zur zweiten Rippe und zu entsprechenden schweren Erscheinungen an der linken Lunge kam. Der Fall war ausserdem noch durch eine bestehende Trichterbrust complicirt, in Folge deren die Herzdämpfung nie über den Sternalrand hinausging. Nach den Erfahrungen, die Rose bereits vor vielen Jahren gemacht hat, entschloss er sich, hier die Paracentese des Pericards zu machen. Nachdem er erst das Pericard blossgelegt, liess er die seröse Flüssigkeit aus dem Herzbeutel allmählich abfliessen und zwar so lange, bis die äussere Wunde zugeheilt war. Danach hatte sich die Herzdämpfung von der zweiten bis zur vierten Rippe gesenkt. Patient bekam später noch eine diffuse Bronchitis und rechtsseitiges Pleuraexsudat, welche Affectionen ohne weitere Eingriffe zurückgingen.

Ueber functionelle Herzkrankheiten von Prof. Hochhaus (Aerztl. Praxis Nr. 8). — Prof. Leuhartz über septische Endocarditis im ärztlichen Vereine zu Hamburg (Ther. Monatsh. 10. Heft). — Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom sogenannten Fettherzen von Dr. Hirsch (Münchener med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 49). — Herzleiden und Ernährung von Dr. Burwinkel (Deutsche Med.-Zeitg. — Medico Nr. 23). — Die Massage des Herzens von Dr. Ziegelroth (Arch. f. phys. u. diät. Ther. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 88). — Dr. Siegfried über Vibrationsmassage insbesondere bei Herzkrankheiten in der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 1. Heft). — Zur Behandlung der abnormen Beweglichkeit des Herzens von Dr. Gräupner (Deutsche Med.-Zeitg. Nr. 19). — Bemerkungen über Herzstützapparate von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 6. Heft). — Dr. Rose über Hydropericard in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 101).

**Herzmittel.** Auf dem Congresse für innere Medicin zu Berlin hielt Dr. Prof. Gottlieb (Heidelberg) einen Vortrag über Herzmittel und Vasomotorenmittel. Den ersten Platz nimmt die Digitalis ein. Die Wirkung derselben äussert sich zunächst durch Blutdrucksteigerung mit Pulsverlangsamung, dann folgt Pulsbe-

Digitized by Google

schleunigung und schliesslich Blutdruckverminderung bis zum eventuellen Tode bei zu grossen Gaben; man muss also in der Wirkung unterscheiden zwischen dem Stadium vermehrter Herzleistung (therapeutisches Stadium) und dem der verminderten Leistung (Vergiftungsstadium). Der Campher vermehrt nicht nur direct die Erregbarkeit des Herzens, sondern er wirkt auch als Gefässerregungsmittel indirect auf das Herz. Die Wirkung des Coffeïns äussert sich weniger auf die Leistung des gesunden Herzens als bei Herzkrankheiten. Der Alkohol lässt in kleinen Gaben das Herz intact, in grossen Gaben schädigt er dasselbe; die Verbesserung der Herzarbeit ist nur eine indirecte, da der Alkohol schon in geringen Dosen die Widerstände herabsetzt, indem er die Gefässe erweitert. So verschieden und complicirt sich der Mechanismus darstellt, durch den Herz- und Vasomotorenmittel den Kreislauf beeinflussen, die gewonnenen Erkenntnisse lassen doch annehmen, dass es durch das Zusammenarbeiten der experimentellen Pharmakologie und der Klinik allmählich immer besser gelingen wird, die pathologische Blutverteilung richtig zu erkennen und darnach das Mittel richtig zu bestimmen, welches die veränderte Blutverteilung zur Norm zurückführen kann.

Prof. Sahli (Bern) spricht über einige Fragen der Digitaliswirkung und ihre Anwendung bei gewissen functionellen Störungen des Herzens. Hierhin gehören besonders die Stauungen im Kreislauf, unter denen Sahli vier Formen unterscheidet: 1. Die cardiale Stauung, die vom Herzen direct ausgeht; je nachdem sie mit Erhöhung oder Herabsetzung der Spannung in den Arterien verbunden ist, spricht man von Stauung mit Hochdruck und Niederdruck; 2. die respiratorische Stauung, die vom kleinen Kreislauf abhängig ist; 3. die vasomotorische Stauung, die auf der Lähmung der feineren Gefässe des grossen Kreislaufes beruht; 4. die splanchnische Stauung, die durch Ueberfüllung des Pfortadergebietes zu Stande kommt. Ausser diesen ausgeprägten Formen kommen auch leichtere Stauungen vor, die oft übersehen werden und sich gerade günstig durch Digitalis beeinflussen lassen. Man erzielt eben oft dadurch so wenig mit dem Mittel, dass man es zu spät verordnet. Bei Hochdruckstauungen mit erschwerter Atmung beseitigt die Digitalis nicht nur die Stauung, sondern setzt auch den Druck herab; gerade Klappenfehler der Mitralis werden sehr günstig beeinflusst und zwar häufig schon durch geringe Dosen. Wo bei schweren und nicht mehr auszugleichenden Klappenfehlern die Herzmuskelkraft aufgebraucht ist, versagt natürlich die Digitalis, deren Gefahren bei längerem Gebrauche vielfach überschätzt werden; cumulative Wirkung hat man nur bei ganz schlechter Ueberwachung zu fürchten.

Prof. Goldscheider (Berlin) empfiehlt warm den chronischen Digitalisgebrauch (0,1—0,2 g pro die) Monate hindurch, wobei sich manche Herzkranke vorzüglich halten. In Fällen mit häufig wiederkehrenden Compensationsstörungen soll man die Digitalis nicht plötzlich aussetzen, sondern mit der Dosis ganz allmählich heruntergehen, erst nach Wochen gänzlich ausschalten. Das Digitoxin verdient mehr Anwendung, da sich die Wirkung damit präciser bezeichnen lässt.

Prof. Ewald (Berlin) hebt hervor, dass die stärksten Dosen der Digitalis und der übrigen Herzmittel nur dann energisch wirken, wenn die Gefässe von dem auf ihnen lastenden Druck befreit werden. Diesem Zwecke dient die Flüssigkeitsentleerung aus den Geweben mittels Punction, Scarification u. dergl. Letztere empfiehlt Ewald in der neuen Modification mittels des kleinen Gummiapparates von Dehio. Ewald betont, dass nach allen Herzmitteln oft Magenbeschwerden auftreten, selbst bei Anwendung per rectum in Form von Klysmen oder Suppositorien. Adonis vernalis u. dgl. können der Digitalis nicht gleichwertig erachtet werden. Letztere kann ihre Wirkung oft erst entfalten, wenn dem Kranken zuvor Morphium gegeben ist.

Prof. Unverricht (Magdeburg) macht auf die wechselnde Beschaffenheit der Digitalispräparate aufmerksam, deren Wirkung er nach ihrem Digitoxingehalt bemisst. Besonders empfiehlt Unverricht die Golaz'schen Dialysate, die,

Digitized by Google

sorgfältig hergestellt, immer den gleichen Glykosidgehalt haben und deshalb als constant bezeichnet werden können. Besser aber als alle Präparate wirkt das Digitoxin. Den fortgesetzten Digitalisgebrauch hält Unverricht nicht für vorteilhaft; verbietet dies schon allein die cumulative Wirkung des Mittels, so sprechen auch gegen eine langdauernde Digitalisanwendung die üblen Folgewirkungen: der Digitalismus und die Anorexie, die auch bei der Darreichung per Klysma eintritt und die er deshalb für centralen Ursprungs hält.

Prof. Rosenstein (Leiden) will den Strophanthus nicht missen; nächst Digitalis gebraucht er Strophanthus auf seiner Klinik und zwar mit grossem Erfolge. Auch die französischen Aerzte wenden gern Strophanthus an, der schon in kleinen Mengen gegeben seinen Zweck erfüllt, ohne die Erscheinungen der Anorexie im Gefolge zu haben. Was die Wirkung des Camphers anbetrifft, so sei seine sehr flüchtige Wirkung nur auf die Fälle beschränkt, in denen ein Gefahrzustand vorhanden ist; hier allerdings sollte er noch viel mehr Verwendung finden.

Prof. Naunyn (Strassburg) glaubt weder an die cumulative Wirkung der Digitalis noch an die üble Magenwirkung. Wenn man es in kleinen Dosen gibt, kann man dies lange Zeit hindurch thun, ohne dass sich Digitalismus einstellt; vielmehr hat Naunyn gesehen, dass sofort sich die Beschwerden wieder einstellten, wenn er das Mittel aussetzte.

Prof. Grödel (Nauheim) hat Erscheinungen von Digitalismus weder im Sinne einer dem Morphinismus ähnlichen Vergiftung noch im Sinne einer Abstumpfung gesehen. Man kann das Leben der Patienten durch continuirlichen Digitalisgebrauch nicht verlängern, aber man kann ihnen die letzten Jahre dauerndes Wohlsein verschaffen. Natürlich wird man mit der Verabreichung der Digitalis zeitweise aussetzen oder mit den Mitteln wechseln, je nach den Verhältnissen.

Dr. Rosenfeld (Stuttgart) ist wieder zur Verordnung der Digitalis als Infus zurückgekehrt, da er von der regelmässigen Darreichung des Digitoxins keine Wirkung gesehen hat; er glaubt das darauf zurückführen zu können, dass das Digitoxin anscheinend nicht bloss aus den Blättern, sondern auch aus den Stengeln bereitet wird, deren Digitoxingehalt erheblichen Schwankungen unterworfen ist. Um die guten Erfolge, die Digitalis erzielt, zu erhalten, empfiehlt Rosenfeld die Herba Adonis vernalis in der Form von Thee, 1 Esslöffel auf 1 Tasse Wasser 1—2 mal täglich.

Dr. Bosse hat das reine Glykosid Digitoxin per Klysma (pro dosi 0,5—0,75 mg, pro die 2½ mg) gegeben und erreichte damit eine Wirkung in Fällen, in denen das übliche Infus versagte. Bei längerem Gebrauche beobachtete er manchmal Erbrechen, doch kann die Dosis 0,5 mg Digitoxin mindestens ebenso lange fortgegeben werden, wie die ihr entsprechenden 0,5 g Folia Digitalis pro dosi, ehe das Erbrechen eintritt. Die Wirkung setzt nach 12—24 Stunden ein. Bei hydropischen Patienten wirkt das Mittel als gutes Diureticum. Per os gibt Bosse das Glykosid in Form von Tabletten zu 0,25 mg Digitoxin. Das Digitalisdialysat wird aus den frischen Blättern gewonnen; dadurch werden Zersetzungen vermieden, die beim Trocknen der Blätter auftreten können. Der Giftigkeit nach steht das Dialysat nach Jaquet zwischen Digitalin und Digitoxin. Bosse wandte das Dialysat zu 20 Tropfen 3 mal täglich mit gutem Erfolge an. Bis zum Eintreten der Wirkung dauerte es oft mehrere Tage.

Dr. Schwarzenbeck (Magdeburg-Sudenburg) bringt seine Erfahrungen mit dem Dialysat der Digitalis grandiflora zur Kenntniss. Von dem Mittel wurden 20 Tropfen pro dosi und 60—80 Tropfen pro die gegeben. Die Versuche erstreckten sich zumeist auf chronische Erkrankungen des Herzens, als Herzklappenfehler, Herzmuskelentartung, allgemeine Arteriosclerose und Arteriosclerose der Kranzarterien, Emphysem mit chronischer Bronchitis. Die Digitalis grandiflora erwies sich vollkommen ebenbürtig der Digitalis purpurea, vielleicht ist die Wirkung sogar eine schnellere. Verfasser rät, nach Eintritt der gewünschten Wirkung von einer weiteren Verabreichung des

Digitized by Google

Dialysates abzusehen, da durch lange fortgesetzte Digitalisgaben nach seiner Erfahrung ein Vorteil für den Kranken nicht erreicht wird.

Dr. Raab (Nürnberg) betont die grosse Bedeutung des Morphin, das er als echtes Herztonicum bezeichnet wissen will, soweit sich die Medication innerhalb der vorgeschriebenen Dosirung hält. Er weist dabei auf die erregende Wirkung des Morphin bei Sterbenden hin und erwähnt, dass bei Opiumvergiftungen gerade die Lähmung des Herzens am spätesten einzutreten pflegt, also die Opiate auch dann noch eine erregende Wirkung auf das Herz ausüben müssen, wenn die anderen nervösen Centren beginnen, gelähmt zu werden.

Dr. Golubinin hat das flüssige Extract des Apocynum cannabinum mit gutem Erfolg bei Herzkranken angewendet. Von demselben muss man 3—4 mal täglich bis zu 5 Tropfen nehmen. Ueble Nebenwirkungen wurden bei dieser Dosirung nicht beobachtet. Die zuweilen auftretende geringe Magenreizung schwindet bald nach kurzem Aussetzen des Mittels (für 1—2 Tage) oder kann durch Zusatz einer gleichen Menge Tinct. Cannab. ind. vermieden werden.

Nach Prof. Huchard (Paris) ist das Tetranitrol bestimmt, bei einer grossen Anzahl von Krankheiten den Blutdruck herabzusetzen: bei der Arteriosclerose, bei der Angina pectoris (coronalis), bei Cardioparthien, bei Gicht, bei den Folgen übermässigen Fleischgenusses (häufige Ursache der Arteriosclerose), bei interstitieller Nephritis, bei Aneurysmen u. A. Die Wirkung der Amylnitritinhalationen ist eine rasch eintretende, aber bald vorübergehende, die des Trinitrins (oder Nitroglycerins), eine höchstens 2 Stunden anhaltende, während beim Tetranitrol die gefässerweiternde und druckherabsetzende Wirkung 4—5 Stunden anhält, so dass sechs comprimirte Tabletten von je 1 cg, in Intervallen von 4 Stunden gegeben, oft genügen, um 24 Stunden lang diesen guten Erfolg zu erhalten. Wegen der fast absoluten Unlöslichkeit des Mittels kann es nur in comprimirter Form angewandt werden. Es ist besonders wirksam bei Herzaffectionen, wo es zuweilen genügt, die allzu starke Gefässspannung herabzusetzen, um drohende Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen.

Prof. Gottlieb, Prof. Sahli, Prof. Goldscheider, Prof. Ewald, Prof. Unverricht, Prof. Rosenstein, Prof. Naunyn, Prof. Grödel und Dr. Rosenfeld über Herzmittel und Vasomotorenmittel auf dem Congresse für innere Medicin zu Berlin (Deutsche Praxis Nr. 9 und Münchener med. Wochenschr. Nr. 18). — Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins und des Digitalisdialysates von Dr. Bosse (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 6). — Untersuchungen über das Dialysat der Digitalis grandiflora (Centralbl. f. inn. Med. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 26). — Dr. Raab über medicamentöse Therapie des Herzens im ärztlichen Verein zu Nürnberg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 2). — Ueber die Wirkung des Apocynum cannabinum bei Herzkranken von Dr. Golubinin (Ther. Monatsh. 8. Heft). — Prof. Huchard über das Tetranitrol als Mittel zur Herabsetzung des arteriellen Druckes in der Académie de médecine zu Paris (Münchener med. Wochenschrift Nr. 14).

**Heufieber.** Ein wichtiges Symptom des Heufiebers ist nach Dr. Fink (Hamburg) die Hydrorrhoe. Dieselbe wird verursacht durch Reizung der Endausläufer der die Schleimdrüsen in den Nasen- und den Nebenhöhlen versorgenden Trigeminusfasern. Auf reflectorischem Wege werden dann die asthmatischen Anfälle und das Niesen ausgelöst. Applicirt man Aristol auf die Schleimhaut der Highmorshöhle, indem man dieses sehr leichte Pulver mittels einer in den natürlichen Ausführungsgang dieser Höhle eingeführten Röhre einbläst, so gelingt es oft, die Patienten vom Heufieber zu befreien.

Eine neue Methode der Behandlung des Heufiebers und verwandter Affectionen von Dr. Fink (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46).

**Hornhautaffectionen.** Die unter dem Namen Keratalgia traumatica recurrens bekannten Hornhauterosionen behandelt Prof. Schoeler (Berlin) in folgender Weise: Sowohl bei frischen Fällen wie Recidiven wird zunächst die Hornhaut cocaïnisirt und dann mit Chlorwasser, reinem oder verdünntem, je nachdem es ganz frisch ist oder schon durch Stehen an Chlor verloren hat, abgepinselt. Dabei entsteht jedesmal ein beträchtlicher Epithelverlust der Hornhaut mit unregelmässigen steilen Rändern. Bei den frischen

Digitized by Google

Erosionen wird das Epithel in ziemlich weitem Umkreis um die sichtbare Erosion durch die Bepinselung entfernt; bei den alten Erosionen ist der Epithelverlust auch nicht klein, nimmt aber nie die ganze Oberfläche der Hornhaut ein. Bei reichlichem Cocaïngebrauch lassen die erträglichen Schmerzen, welche die Pinselung hervorruft, sehr bald nach. Die Nachbehandlung besteht im Gebrauch einer Atropin-Lanolin-Salbe und Umschlägen mit stark verdünntem Chlorwasser, etwa ein Theelöffel Chlorwasser auf die Untertasse Wasser. Die Salbe wird fortgelassen, sobald kein Epitheldefect und keine Trübung in der Hornhaut mehr zu entdecken ist, was meist in wenigen Tagen der Fall zu sein pflegt. Die Umschläge lässt man besser noch einige Tage länger machen.

Prof. v. Reuss (Wien) lässt Personen mit Hornhauterosionen durch 14 Tage einen Verband tragen. Zur Beseitigung der Schmerzen genügt eine 2%ige Cocaïnlösung. Weiters wird einige Male täglich mit einem Salbenstäbchen eine reichliche Menge Borlanolinsalbe in den Bindehautsack gebracht.

Bei septischen Hornhautgeschwüren verfährt Dr. Stasnisky (Posen) folgendermassen. Nach vollständiger Anästhesirung der Bindehaut und der Hornhaut mittels Cocaïn spült er das Auge unter einem ziemlich hohen Druck mit einer Sublimatlösung (1 : 5000) aus. Hierauf schabt er den Geschwürsgrund und die infiltrirten Ränder mit scharfem Löffel ab, betupft den Geschwürsgrund mit einem in Jodtinctur getränkten Wattetampon und injicirt sodann 1—1½ Spritze (1—1½ ccm) einer 5%igen Kochsalzlösung unter die Bindehaut, am besten in der oberen Gegend des Bulbusäquators ein. Um die Injection ganz oder fast ganz schmerzlos zu machen, setzt er zu derselben etwas Cocaïn (bei sehr empfindlichen Patienten auch Acoin) zu, ausserdem noch Atropin, um gleichzeitig auf die Synechien einzuwirken. Seine Formel lautet:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Acoin | 1,0 |
| | Cocaïn. mur. | 2,0 |
| | Atropin. sulf. | 0,5 |
| | Natr. chlorat. | 5,0 |
| | Aqu. dest. ad | 100,0. |

Die grosse Menge der injicirten Flüssigkeit lässt fast um den ganzen Hornhautrand eine wallartige Bindehautvorbuchtung entstehen. Dann wird das Auge noch einmal mit der Sublimatlösung ausgespült, auf dem Geschwürsgrund Airol applicirt, das er auf den Geschwürsgrund mit der convexen Fläche des scharfen Löffels energisch einreibt. Das kranke Auge bekommt einen Bor-Priessnitz-Schutzverband, der in der Regel sechs bis neun Stunden lang liegen bleibt. Feuchtwarme Ueberschläge sind hier nicht angezeigt. In sehr schweren Fällen wird der Priessnitz-Verband, ohne die Lider zu öffnen, viermal täglich gewechselt. Nach 24 Stunden ist das Oedem ganz verschwunden und die Injection kann wiederholt werden. Sechs bis neun Stunden nach der ersten Injection erfolgt der erste Verbandwechsel; das bräunlich gefärbte Pulver haftet dem Geschwüre fest an. Nun wird eingeträufelt:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Atropin. sulf. | 0,20 |
| | Cocaïn. muriat. | 0,50 |
| | Sol. sublimati (1 : 5000) | 10,0. |

Das Auge wird hierauf mit der Sublimatlösung ausgespült und die Procedur mit Airol wiederholt. In Fällen von Myosis kann man Airol mit Zusatz von Atropin einstreuen. (Atrop. sulf. 0,03, Airoli 10,0). Ist nach 24 Stunden das Hypopyon geschwunden, und das Geschwür nicht progredient, so wird zweimal täglich die erwähnte Procedur ohne Injection vorgenommen, widrigenfalls die Injection wiederholt. Mehr als fünf Injectionen brauchte Verfasser in keinem Falle zu machen. Tritt Reinigung des Geschwüres ein, so wird eine Airolsalbe angewendet, welche besser vertragen wird.

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Airoli | 1,0 |
| | Atropini sulf. | 0,05 |
| | Acidi borici | 0,4 |
| | Vaselini amer. albi | 10,0. |

Diese Salbe wird viermal täglich eingestrichen, in der Zwischenzeit werden heisse Umschläge applicirt, um die Gefässneubildung anzuregen. In Fällen, wo das Geschwür schon der Perforation nahe ist, wird die Geschwürsfläche nicht ausgekratzt, sondern nach der Ausspülung mit einem in Jodtinctur getränkten Wattetampon leicht abgerieben, sodann Airol applicirt. Bei diesen und bei schon per-

Digitized by Google

forirten Geschwüren wird im Uebrigen das gleiche Verfahren eingeleitet.

Dr. Baer (Hirschberg, Schlesien) hat vier Fälle von Keratomalacie behandelt, die sich im Säuglingsalter nach Verdauungsstörungen einstellte. Um bei der aussichtslosen Erkrankung überhaupt etwas zu thun, verordnete er — ohne eine locale Therapie anzuwenden — die Kuhmilch mit Kalkwasser verdünnt trinken zu lassen. In allen vier Fällen besserte sich der Ernährungszustand der Säuglinge ganz bedeutend, der Hornhautprocess heilte bis auf Trübungen aus. Vielleicht hat das Kalkwasser die Fähigkeit, die Caseinflocken der Kuhmilch leichter resorbirbar zu machen.

Zur Frage der Hornhauterosionen von Prof. Schoeler (Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. — Medico Nr. 42). — Die Erosionen der Hornhaut und ihre Folgen von Prof. v. Reuss (Centralbl. für prakt. Augenheilk. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 31). — Zur Behandlung des Ulcus serpens corneae von Dr. Stasnisky (Ther. d. Gegenw. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21). — Ueber die Behandlung der Keratomalacie im Säuglingsalter von Dr. Baer (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 4. Heft).

**Hustenbehandlung.** Dr. Weiss (Wien) teilt seine Ansichten über die Hustenbelung mit. Dort, wo Rasselgeräusche vorhanden sind und wenig expectorirt wird, ist die Herausbeförderung des Secretes zu erleichtern und zu befördern. Neben den üblichen Expectorantien Ipecacuanha, Senega und Apomorphin kommt als hyppurgische Maassnahme feuchte Luft in Betracht. Dort, wo es sich darum handelt, den Husten zu unterdrücken oder ihn wenigstens zu mildern, ist der hervorragendste Vertreter dieser Gruppe das Heroin. Es wirkt direct auf die Atmungsactionen. Man verordnet es als Pulver oder in Pillenform, z. B. mit Digitalis für den Husten Herzkranker, oder auch zweckmässig als Heroin muriaticum, 3 mg pro Dosi in Lösung. Weniger zuverlässig ist das Dionin, andererseits bewährt sich dasselbe als schmerzlinderndes Mittel. Belladonna ist empfehlenswert, wo es darauf ankommt, dem Husten seinen krampfartigen, schmerzhaften Character zu nehmen. Es erregt schon in kleineren Dosen das Respirationscentrum, lähmt andererseits die glatten Muskelfasern und macht die peripheren Nervenendigungen in den Drüsen unempfindlich.

Zur symptomatischen Behandlung des Hustens empfiehlt Dr. Saenger (Magdeburg) das Menthol. Die Anwendung geschieht am einfachsten, wenn man einige in einem Löffel befindliche Krystalle 5 bis 20 Secunden lang über einer Kerzenflamme erwärmt und dann die Mentholdämpfe inhalirt. Beim Nachlassen der Verdampfung kann man von Neuem erwärmen. Löst man das Mittel in Alkohol (40—50%ige Lösung), so braucht man nur einige Tropfen der Lösung zwischen der Handfläche zu verreiben und die Hände wie eine Maske vor den Mund zu halten. Mit einer der gewöhnlichen Chloroformmasken lässt sich der Zweck ebenso gut erreichen. Der Hustenreiz schwindet auf die Mentholeinatmungen ziemlich prompt, vorausgesetzt, dass nicht die Schleimhaut von Secret allzusehr bedeckt ist. Etwa vorhandenes Secret muss entfernt werden, und das geschieht am besten in der Weise, dass man das Menthol in Olivenöl gelöst in den Kehlkopf einspritzt. Dadurch werden einerseits sehr starke Hustenstösse ausgelöst, die den Schleim entfernen, andererseits wird die Schleimhaut durch das verdampfende Menthol in ausgezeichneter Weise anästhesirt. Bei chronischer Bronchitis, auch bei Phthisikern, kann man durch täglich 2—4malige Einspritzung von 1—2 g einer 10—20%igen Lösung die Kranken fast vollkommen hustenfrei machen. Diese Injectionen können ohne Hilfe des Kehlkopfspiegels auch von den Angehörigen der Kranken vorgenommen werden.

Moderne Ansichten über den Husten und seine Behandlung von Dr. Weiss (Heilk. 2. Heft). — Zur symptomatischen Behandlung des Hustens von Dr. Saenger (Ther. Monatsh. 7. Heft).

**Hydrocephalus.** Einen Fall von geheiltem Wasserkopf teilt Dr. Neumann (Berlin) mit. Es handelte sich um ein syphilisch geborenes Kind, bei dem der Wasserkopf im fünften Monate bereits einen ganz erheblichen Grad erreichte. Jodkalium (15 Flaschen einer Lösung 5 : 200, jede Flasche wurde in etwa 20 Tagen ver-

Digitized by Google

braucht) und graue Salbe (1 g täglich) brachten schnelle Besserung und baldige vollständige Heilung. Von den anderen Körperteilen waren nur die Augen luetisch erkrankt und auch hier gingen die Erscheinungen gut zurück.

Ein Fall von geheiltem Wasserkopf von Dr. Neumann (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 2. Heft).

**Hydrops.** Zur Behandlung des Hydrops anasarca hat Prof. Dehio (Dorpat) eine Vorrichtung ersonnen, die die Hautschnitte vor jeglichem Luftzutritt schützen soll ohne den Abfluss der aus der Haut sickernden Flüssigkeit irgendwie zu beeinträchtigen. Der einfache Apparat besteht im Wesentlichen aus einer elastischen Gummibinde von etwa 10 cm Breite und 120 cm Länge. Gute drei Viertel der Binde sind der Länge nach in zwei gleich breite Streifen zerspalten, welche als Bindetouren zur späteren Befestigung des Ganzen dienen. Etwa in der Mitte des nicht zerspaltenen Bindestückes findet sich eine runde Oeffnung von 8 cm Durchmesser, und in diese Oeffnung ist ein gleichfalls aus Gummi hergestelltes trichterförmiges Receptaculum eingefügt oder eingeschmolzen, so dass es mit der Binde ein Stück bildet. Da, wo dieser Trichter sich befindet, ist die Gummibinde kreisförmig verbreitet, so dass die Bindetouren bei der Anlegung des Apparates sich breit über dieselbe hinlegen können, ohne den Trichter zu comprimiren. Dieser selbst läuft an seiner Spitze in ein Gummirohr aus, welches dazu bestimmt ist, die in ihm sich ansammelnde Flüssigkeit in ein darunter gestelltes Gefäss abzuleiten. Wenn man will, kann man noch ein zweites Rohr in den Trichter fügen lassen, durch welches der Trichter und das abführende Rohr, falls es sich verstopfen sollte, mit Wasser durchgespült werden kann. Diese „Trichterbinde", die man in 1 ‰ Sublimatlösung steril aufbewahrt, hat sich als sehr zweckmässig erwiesen. Das Verfahren gestaltet sich mit Hilfe des beschriebenen Apparates folgendermassen: Nach gründlicher Desinfection der betreffenden unteren Extremität macht man unter aseptischen Cautelen 2—3 parallele Einschnitte von je 2—3 cm Länge in die Haut, und zwar so tief, dass sie die ganze Cutis durchsetzen; das Unterhautbindegewebe braucht nicht tief durchschnitten zu werden. Die Schnitte liegen etwa 2 cm von einander entfernt. Nun wird sofort die Trichterbinde quer zur Längsachse des Gliedes angelegt und zwar so, dass der Trichter über die Schnitte zu stehen kommt. Die Bindenstreifen werden sodann in circulären Touren zu beiden Seiten des Trichters über den Anfangsteil der Binde hinweggeführt, so dass nunmehr der Trichter mit Hilfe der ihm anhaftenden Binde luft- und wasserdicht der Umgebung der Schnittflächen anhaftet. Die Umgebung der Hautschnitte kann man mit Vaselin einfetten, damit die Binde noch dichter anklebt; es kommt alles darauf an, dass die Binde sich völlig glatt und ohne Faltenbildung anschmiegt und der Form des Körperteiles adaptirt. Ist eine starke Hautwassersucht vorhanden, so kann man mittels dieses Verfahrens in 24 bis 48 Stunden 10, 12 und mehr Liter Flüssigkeit aus dem Körper entfernen.

Zur Behandlung des Hydrops anasarca von Prof. Dehio (St. Petersburger med. Wochenschr. — Medico Nr. 3).

## I und J.

**Ichthyol- und Ichthyolpräparate.** Nach Dr. Frieser (Wien) entfaltet das Ichthyol ausgezeichnet resorbirende, entzündungswidrige Eigenschaften, namentlich in Folge seiner vorzüglichen Tiefenwirkung. Es eignet sich deshalb als resorbirendes Mittel bei exsudativen Krankheitsprocessen und wird insbesondere bei solchen des weiblichen Genitalapparates mit Erfolg verwendet. Verfasser

Digitized by Google

hat es bei Pelveoperitonitis, bei Parametritis, Adnexerkrankungen, ferner bei veralteten Beckenexsudaten, bei Pruritis vulvae et ani, wunden Brustwarzen mit sehr zufriedenstellendem Erfolge, insbesondere auch bezüglich der subjectiven Beschwerden der Kranken, angewendet. Intern verordnete er es in Tropfen- oder Pillenform bei Phthisikern, bei schwächlichen, schlecht genährten Kindern, bei chronischen Catarrhen der Luftwege, lymphatischer oder scrophulöser Anlage; ferner fand es Verwendung bei Erysipel, bei Ozaena, zu Blasenspülungen bei Cystitis und lieferte durchwegs befriedigende Resultate.

Gute Verwendung findet das Ichthyol, wie Prof. Pagenstecher (Wiesbaden) mitteilt, auch in der Augenheilkunde. Zunächst wurde es bei Ekzemen versucht. Nach Entfernung der Krusten, wozu häufig ein 24 stündiger Salbenverband mit weisser Praecipitatsalbe zur Aufweichung notwendig war, wurden die befallenen Partien mit reinem Ichthyol gepinselt. Dieses stösst sich nach einigen Tagen an bereits ausgeheilten Stellen als feine schwarze Lamelle ab, unter welcher glatte Haut zum Vorschein kommt; wo es sich nicht von selbst löst, ist auch der ekzematöse Process noch nicht geheilt. Diese Behandlungsweise beschleunigt den Heilungsprocess ganz wesentlich, ist äusserst einfach und ohne jede Intoxicationsgefahr. Sehr bewährt hat sich sodann das Ichthyol bei Augenverbänden aller Art, mit Ausnahme gewisser frischer Verletzungen, namentlich aber nach der Staaroperation. Nach Eingriffen am Bulbus wird der Patient angewiesen, beide Augen leicht zu schliessen; alsdann wird das Ichthyol mit einem Glasstabe im Bereich der Lidspalte aufgestrichen. Darauf kommt ein mit flüssigem Paraffin durchtränktes Mullläppchen, das mit Watte bedeckt und durch eine Binde oder Drahtgitterbrille fixirt wird. Aehnlich wird das Ichthyol nach anderen Eingriffen, z. B. Thränensackexstirpationen verwendet, indem es auf die frische Naht gestrichen wird. Unter diesen Verbänden wird der Heilungsprocess ausserordentlich gefördert und nimmt erheblich weniger Zeit in Anspruch, als sonst. Recht günstige Erfolge wurden mit dem beschriebenen Ichthyolverbande auch bei inficirten Hornhautgeschwüren erzielt, die rasch und sicherer auszuheilen pflegten, als unter anderen Verbänden.

Die Verbindung des Ichthyols und Silbers, das Ichthargan, kann wie Dr. Unna (Hamburg) mitteilt, wegen seiner Pulverform als Streupulver leicht applicirt werden und eignet sich besonders bei solchen Wunden und Geschwüren, die durch irgend ein Hinderniss in der Ueberhäutung zurückbleiben. Es regt die Epithelregeneration an. Es wird mit Talcum 1—5% angewendet.

Dr. Fürst (Berlin) hat 75 Gonorrhoefälle mit Ichthargan behandelt. In chronischen Fällen, wo wenig schleimig-eiteriger Ausfluss bestand, hat Fürst durch Einführung von Ichthargan-stäbchen (0,1) eine Reizung der Harnröhrenschleimhaut und Lockerung derselben veranlasst, um dann mit Spülungen und Injectionen von Ichthargan-lösungen und Einführung schwächerer Ichthargan-bacillen die Behandlung fortzuführen. In zwei frischen Fällen, wo die Patienten ganz kurze Zeit nach der Infection in Behandlung traten, bereits aber gonokokkenhaltigen Ausfluss zeigten, hat Verfasser durch tägliche einmalige Einführung eines Ichthargan-stäbchens, das drei Stunden in der Harnröhre blieb, nach welcher Zeit der Patient die Harnröhre mit Ichthargan-lösung (0,5:200,0) mehrmals täglich ausspritzte, eine Heilung in fünf, bezw. sechs Tagen herbeiführen können. Speciell für die Kassen-und Krankenhauspraxis hat das Mittel auch noch den besonderen Vorzug relativer Billigkeit.

Die Verbindung von Ichthyol mit Formalin, Ichthoform, ist nach Dr. Unna (Hamburg) ein gutes Mittel bei denjenigen Hautaffectionen, bei welchen es sich um eine Nekrotisirung der oberen Hautschichten (Schälung) handelt. Unna wendet das Mittel als 1%ige Zinkoxyd-Kieselguhrpasta an.

Der therapeutische Wert des Ichthyols von Dr. Frieser (Wiener klin. Rundschau Nr. 19). — Zur Anwendung des Ichthyols in der Augenheilkunde von Prof. Pagenstecher (Medico Nr. 50). — Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthargan von Dr. Fürst (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14). — Ichthargan und Ichthoform von Prof. Unna (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 2).

Digitized by Google

**Idiotie.** Nach Dr. Sniell sind die Idioten vom praktischen Gesichtspunkt zu scheiden in idiotisch Blödsinnige und bildungsfähige Idioten; zu letzteren gehören die Imbecilen, welche dann so genannt werden, wenn sie sich durch unmoralische Triebe und Handlungen bemerkbar machen und ihren Mitmenschen feindlich gegenübertreten. Bildungsfähig ist der Idiot, der eine Hilfsschule für geistig zurückgebliebene Kinder mit Erfolg besuchen kann, und das erste Ziel der Therapie ist, ihn für die Aufnahme in eine solche fähig zu machen, da nicht jeder bildungsfähige Idiot eo ipso aufnahmsfähig ist. Häufig fehlt die Sprache, meist ist das motorische Gebiet zu wenig ausgebildet, die Aufmerksamkeit lässt stets viel zu wünschen übrig. Die Functionen der Sinnesorgane liegen häufig danieder. Auf alles dies hat man die Kinder zu untersuchen, um festzustellen, ob eine eingehende, lange währende Behandlung erfolgversprechend ist, ob der Patient im Elternhause erzogen werden kann oder einer Anstalt überwiesen werden muss. Natürlich ist in allen Fällen, die mit Chorea, Epilepsie, Myxödem verbunden sind, eine entsprechende Therapie einzuleiten, die ganze Lebensweise in jedem einzelnen Falle zu regeln und sind den Eltern entsprechende Vorschriften zu geben. Adenoide Vegetationen sind zu entfernen, wenn sie die Nasenatmung behindern oder die Tube verlegen. Prophylaktisch empfiehlt es sich, bei Frauen, die Kinder früh an Gehirnerkrankungen verloren oder schwachsinnige Kinder geboren haben, bei erneuter Schwangerschaft ein Verfahren anzuwenden, welches den Zweck hat, den Körper der Frau völlig umzubilden und das werdende Kind günstig zu beeinflussen.

Dr. Sniell über geistig zurückgebliebene Kinder und ihre Behandlung im ärztlichen Verein zu Hamburg (Ther. Monatsh. 10. Heft).

**Immunität, Immunisirung und Serumtherapie.** Dr. Römer (Giessen) legt den gegenwärtigen Stand der Immunitätsforschung in folgender Weise klar. Die Immunität, d. i. die Widerstandsfähigkeit gegen Infectionskrankheiten, kann nach Autor angeboren oder erworben sein. Ob die angeborene Immunität durch die Thätigkeit besonderer Zellen oder durch die Wirkung der zellfreien Körpersäfte bedingt wird, ist bisher noch nicht entschieden. Der Hauptgewinn durch die Immunitätslehre liegt darin, dass die Forschung gelernt hat, die natürliche Heilung experimentell nachzumachen. Das Zustandekommen der erworbenen Immunität hat grosse Controversen hervorgerufen. Schliesslich mussten die Erschöpfungstheorie von Pasteur, die Retentionshypothese von Chauveau und Phagocytentheorie von Metschnikoff der Erklärung Behring's weichen, welcher im Blutserum erkrankter Tiere specifische Stoffe gefunden hat, die andere Tiere gegen die virulenten Bakterien sowie deren Gifte zu schützen vermögen. Das Auftreten dieser Schutzstoffe gibt eine genügende Erklärung sowohl für die Selbstheilung einzelner Infectionskrankheiten als auch für die erworbene Immunität. Wir unterscheiden zwei Arten von diesen Schutzstoffen, und zwar die Behring'schen Antitoxine und die Pfeiffer'schen baktericiden Antikörper. Für beide Körper gilt das Gesetz der Specifität. Bei Infectionen mit solchen Bakterien, die in Culturen keine Gifte bilden, sondern bei denen die Leibessubstanz selbst die Toxine enthält, wurden nur baktericide Schutzkörper nachgewiesen, während bei Infection mit jenen pathogenen Arten, welche nicht bloss im Körper, sondern auch in ihren Culturen Gifte bilden und secerniren, im Blute antitoxisch wirksame Körper beobachtet wurden. Die Antitoxine sind, in unseren Körper eingeführt, völlig indifferente Stoffe und werden ohne jede Fieberreaction ins Blut aufgenommen. Das Antitoxin bindet nach Ehrlich das Bakteriengift chemisch, und zwar unabhängig vom Körper (im Reagensglase), im Sinne des Gesetzes der Multipla. Auf dieser Thatsache beruht die praktische Verwendung der antitoxischen Sera (passive Immunisirung) und das Zustandekommen der activen Immunität, welche längere Zeit anhält als die passive. Die Beziehungen der Antitoxine zum Körper erklärt Ehrlich

Digitized by Google

auf folgende Weise: Antitoxine sind Bestandteile des Zellprotoplasmas, die vom Bakteriengift gebunden werden. Der durch die Beschlagnahme dieser Protoplasma Seitenkette entstehende Defect in der Zelle wird, falls die Vergiftung nicht so stark ist, dass das Zellleben erlischt, durch Neubildung ersetzt. Hierbei ist Uebercompensation die Regel. Die überproducirten specifischen Seitenketten gehen ins Blut über und stellen das Antitoxin dar. Die baktericiden Schutzkörper lösen unter Mithilfe des lebenden Körpers die lebenden Bakterien auf; sie schützen den Körper gegen die lebenden Bakterien, aber nicht gegen deren Gifte und helfen daher nicht in vorgeschrittenen Krankheitsstadien. Das Gesetz der Multipla findet keine Anwendung auf die baktericiden Körper, steigende Mengen baktericiden Serums paralysiren nicht proportionale Multipla der Infectionsmenge; in Folge dessen sind die Cholera-, Typhus-, Streptokokken-Sera noch nicht als Heilmittel zu betrachten. Zu prophylaktischen Impfungen verwendet, haben sich diese baktericiden Sera gegen Cholera und gegen Pest bewährt.

Auf der deutschen Naturforscher-Versammlung stellte Prof. Ehrlich (Frankfurt a. M.) die Componenten seiner vor ca. vier Jahren aufgestellten Seitenkettentheorie übersichtlich zusammen. Toxin und Antitoxin gehen eine chemische Bindung ein, das Toxin besteht aus zwei Factoren, einer „haptophoren" Gruppe, die sich mit dem „Antitoxin" verbindet, und einer „toxophoren", welche der Träger der specifischen Giftwirkung ist. Die sogenannten Toxoide, welche lediglich die haptaphore Gruppe besitzen, haben noch die Fähigkeit, im Organismus die Antitoxinbildung anzuregen. Die Antitoxinbildung kommt zu Stande, indem das eingeführte Toxin, resp. Toxoid in der Zelle an specifische Gruppen, die „Receptoren", gebunden wird; die in Anspruch genommenen Receptoren werden regenerirt und übercompensirt, die neugebildeten Receptoren werden ins Blut abgestossen und imponiren hier als Antitoxine. Diese Theorie reicht auch für die Erklärung der Wirkung der Bakteriolysine aus, also der Körper, welche im Tierkörper nach Injection von Bakterien auftreten. Nur sind die Verhältnisse hier insofern complicirter, als ein Bakterium viele Antikörper bildende Substanzen enthält, andererseits auch die Antikörper selbst einen complexeren Bau aufweisen. Nach Ehrlich's Anschauung, von der die Meinungen Bordet's und Buchner's abweichen, besteht ein Bakteriolysin (und das Gleiche gilt für die Hämolysine) aus zwei Körpern, einem „Immunkörper", welcher an den Receptor der Bakterienzelle herantritt, und einem Complement, welches sich mit einer besonderen Gruppe an den Immunkörper klammert. Der Immunkörper hat zwei haptophore Gruppen und wird deshalb Amboceptor benannt, das Complement eine haptaphore und eine toxophore, welche letztere die lösende Wirkung entfaltet. Ehrlich setzt nun, immer von experimenteller Grundlage ausgehend, auseinander, dass die Immunkörper und Complemente unter bestimmten Umständen normale Blutbestandteile und durchweg Derivate des physiologischen Zellenlebens sind. Solche Stoffe sind nun in grosser Mannigfaltigkeit vorhanden; sie werden zu Schutzstoffen des Organismus, wenn sie gleichsam zufällig eingedrungene Bakterien zu schädigen vermögen. Nach Ehrlich's Auffassung sind also die Buchner'schen Alexine eine ganze Gruppe von complexen Körpern. Der normale Alexinbestand des Organismus ist von keiner erheblichen praktischen Bedeutung, wohl aber ist zu hoffen, dass es gelingen wird, durch geeignete Eingriffe ohne Gefährdung der Gesundheit die bakteriolytischen Funktionen des Organismus so zu steigern, dass die Therapie der Infectionskrankheiten daraus Nutzen ziehen wird.

Bei Vorbehandlung von Tieren mit kleinen, nicht tödtlichen Dosen von Bakterien treten, wie Prof. Wassermann (Berlin) ausführt, in dem Serum Stoffe auf, die die Bakterien sehr rasch innerhalb des lebenden Organismus abzutödten und aufzulösen vermögen. Bei diesen specifisch baktericiden Seris treten zwei Substanzen in Aktion: Der Zwischen- oder Immunkörper, der in grösseren Mengen nur in den Seris der künstlich immunisirten Tiere sich findet, und ferner das



Digitized by Google

sogenannte Complement, ein bakterienverdauendes Enzym, das ein Bestandteil der normalen Körperflüssigkeiten ist und sich mit dem Begriff der Buchner'schen Alexine deckt. Nach einschlägigen Versuchen gelingt es leicht, gegen die im normalen Serum eines Tieres enthaltenen Alexine oder Complemente durch Immunisirung Antikörper zu gewinnen. Behandelt man ein Kaninchen mit mehreren Injectionen von normalem Meerschweinchenserum, so treten im Blute des Tieres Stoffe auf, die die Meerschweinchencomplemente binden und somit seine zellenauflösende Kraft verhindern. Wassermann liess sich bei seinen Versuchen von dem Gedanken leiten, dass es durch Einverleibung von Anticomplementen bei Tieren gelingen müsse, die in ihrem Körper befindlichen Complemente, d. h. Alexine, zu binden. Falls die Alexine bei der angeborenen Immunität gegenüber Infectionen thatsächlich eine Rolle spielen, muss ein so vorbehandeltes Tier in seiner Widerstandsfähigkeit herabgesetzt sein. Auf Grund seiner Versuche glaubt Wassermann annehmen zu müssen, dass die angeborene Resistenz ihre Ursache zu einem Hauptteile in dem Vorhandensein von Complementen, bezw. Alexinen im Körper hat. Desiderat für die Zukunft ist es, diese im lebenden Organismus befindlichen Körper künstlich vermehren zu können, sowie eine handliche Methode zu besitzen, um den Gehalt des Blutes an Complementen, bezw. Alexinen zu bestimmen.

Dr. Bulloch (London) hat Immunisirungsversuche an Kaninchen angestellt und bestätigt die von Ehrlich, Morgenroth, Bordet u. A. vertretene Anschauung, dass die Gesetze, die für die specifischen Bakteriensera gelten, auch auf die mit der Auflösung der roten Blutkörperchen verbundenen Erscheinungen Anwendung finden, somit Bakteriolysis und Globulysis nahe mit einander verwandte Vorgänge darstellen.

Dr. Donath und Dr. Landsteiner (Wien) studirten die Beziehungen zwischen den wirksamen bakteriolytischen und hämolytischen Stoffen des Blutes und den Zellen desselben Tieres nach einer neuen Methode. Durch Injection verschiedener Zellenarten suchten sie Sera von derselben Wirkung zu erzeugen, wie die von Bordet, Ehrlich und Morgenroth dargestellten antilytischen Sera. Es gelang ihnen, durch Injection von Hunden entstammender Leukocyten bei Kaninchen ein Immunserum zu gewinnen, das die hämolytische und bakteriolytische Wirkung normalen Hundeserums aufhob. Versuche mit Injection anderer Zellenarten, wie roter Blutkörperchen, Lymphocyten u. dgl., ergaben dasselbe Resultat. Injection von Menschenmilch bei Kaninchen erzeugte ein die Lösung von Bakterien und Blutkörperchen stark hemmendes Serum. Die hemmende Wirkung ihrer Sera schreiben Autoren einer Einwirkung auf die hitzeunbeständige Componente der Serumwirkung (Ehrlich's Complement) zu und bezeichnen daher ihre Sera als Anticomplementsera. Ihre Ansicht ist, dass durch diese Art der Untersuchung verwandte Stoffanordnungen in den Zellen einerseits, im Serum andererseits gefunden werden könnten, die für die jeweilige Tierspecies bis zu einem gewissen Grade specifisch sind.

Zur Erhaltung eines Serums mit hämolytischen Eigenschaften verwendete Dr. Metalnikoff (St. Petersburg) nicht die Injection mit Blut, sondern die Fütterungsmethode. Er fütterte zuerst graue, dann weisse Mäuse, endlich auch Kaninchen mit Pferdeblut. Es liessen sich sowohl mikroskopisch in dem Blutserum der Mäuse, wie makroskopisch in dem Blutserum der Kaninchen die Hämolysine oder Cytotoxine, wie sie Metalnikoff nennt, nachweisen. Wenn diese Beobachtung richtig ist, wäre gezeigt, dass sich in Bezug auf die Bildung von Cytotoxinen auf dem Wege per os dasselbe erreichen liesse, wie durch Injectionen.

Die von Prof. v. Behring und Dr. Kitashima (Marburg) an Pferden, Affen und Meerschweinchen vorgenommenen Versuche mit Einverleibung steigender Dosen von Diphtheriegift gaben wechselnde Resultate. Bei einigen Versuchstieren gelang es, die Giftempfindlichkeit zu vermindern, andere Versuchstiere erfuhren eine Steigerung derselben. Auch war die zu injicirende Anfangsdosis nicht zu bestimmen. Leicht gelingt

Digitized by Google

es dagegen, Meerschweinchen durch vorausgehende Giftbehandlung gegen Infection mit lebenden Diphtheriebacillen immun zu machen. Es besteht also eine Art Antagonismus zwischen Empfindlichkeit gegen Diphtheriegift und Empfindlichkeit gegen Diphtheriebacillen. Dieser Antagonismus wurde auch hinsichtlich der Tuberculose beobachtet. Die Giftempfindlichkeit gegenüber dem Tuberculosegift wird bei subcutaner Giftinjection für verschiedene Tierarten im Normalzustande nach Behring's Erfahrungen in folgender Reihenfolge immer geringer: Schafe, Pferde, Ziegen, Hunde, Kaninchen, Rinder, Meerschweine. Für die bacilläre Infection waren die Tierarten in umgekehrter Reihenfolge empfänglich.

Prof. Tavel und Dr. Krumbein (Bern) verwendeten zur Herstellung eines Antistreptokokkenserums nur Streptokokken, die von Menschen stammen, und zwar in möglichst grosser Anzahl von Varietäten und ohne Tierpassagen, deren Fortzüchtung auf solchen künstlichen Nährböden stattfindet, von denen man weiss, dass sie die ursprüngliche Virulenz erhalten. Die seit zwei Jahren in der Schweiz mit diesem Serum erzielten Resultate sind nach Autoren derart, dass sie unbedingt zur weiteren Anwendung desselben auffordern.

Der gegenwärtige Stand der Immunitätsforschung von Dr. Römer (Deutsche med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 38). — Prof. Ehrlich über die Schutzstoffe des Blutes auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Ther. d. Gegenw. 10 Heft). — Ueber die Ursachen der natürlichen Widerstandsfähigkeit gegenüber gewissen Infectionen von Prof. Wassermann (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Ueber die Beziehung zwischen Hämolysis und Bakteriolysis von Dr. Bulloch (Centralbl. f. Bakter. — Schm. Jahrb. 272. Bd. 11. Heft). — Ueber antilytische Sera von DDr. Donath und Landsteiner (Wiener klin. Wochenschrift. — Schm. Jahrb. 272. Bd. 11. Heft). — Ueber hämolytisches Serum durch Blutfütterung von Dr. Metalnikoff (Centralbl. f. Bakter. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 18). — Ueber Verminderung und Steigerung der ererbten Giftempfindlichkeit von Prof. v. Behring und Dr. Kitashima (Berliner klin. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 9). — Ueber Streptokokkenserumtherapie von Prof. Tavel und Dr. Krumbein (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 19).

**Infectionskrankheiten.** Die Tierversuche, die Dr. Jawein (St. Petersburg) mittels chlorsauren Kali's und anderer Blutgifte ausführte, ergaben, dass die Milzvergrösserung bei diesen Vergiftungen durch den Untergang der roten Blutkörperchen hervorgerufen wird, deren Trümmer sich in der Milz ansammeln. Wahrscheinlich werden die zerfallenen roten Blutkörperchen von den Milzzellen zurückgehalten, wodurch die Milzzellen zu erhöhter Thätigkeit angeregt werden. Jawein nimmt an, dass auch bei den fieberhaften ansteckenden Krankheiten, vielleicht auch bei Syphilis, die Milzanschwellung durch den Untergang roter Blutkörperchen bedingt wird. Hiernach würde die Milz gewissermassen ein Filter für das Blut sein, in dem die zu Grunde gegangenen roten Blutkörperchen zurückbehalten werden.

Das Schicksal einiger hauptsächlich pyogener Mikroben im Organismus empfänglicher und immuner Tiere studirte Prof. Pawlowsky. Bei Versuchen ergab sich, dass der Staphylococcus pyogenes aureus schon nach 1/4 Stunde aus dem subcutanen Zellengewebe in die inneren Organe (Leber, Nieren, Milz) übergeht. Nach 1/2 Stunde erscheinen die Kokken im Blute, wo sie sich 6—12 Stunden halten, während welcher Zeit ihre Zahl sich vermindert, bis sie nach 24 Stunden ganz aus dem Blute verschwinden. In den Organen hingegen leben die Keime weiter, sie lassen sich in Leber, Milz, Nieren, Lunge, Gehirn, Rückenmark, subcutanem Zellengewebe, Muskeln und Knochenmark von 1/4 Stunde an bis zu 14 Tagen nach der Einspritzung nachweisen. Nach Verlauf von 14 Tagen erweisen sich die Organe als steril. Dabei ist die Verteilung der Mikroorganismen eine sehr ungleiche. Im Blut erscheinen sie von Neuem in grossen Mengen nur bei schweren Erkrankungen mit tötlichem Ausgange oder beim Untergange des Versuchstieres vor dem Tode. Weitere Versuche ergaben, dass der Staphylococcus pyogenes aureus nach Einspritzung unter die Haut schon nach 1/4 Stunde bis zu drei Tagen in die Galle und den Urin übergeht, und zwar in letzteren in grösseren Mengen als in die Galle. Anders



Digitized by Google

liegen die Verhältnisse bei schwach virulenten Mikroben und wenig empfänglichem Körper. Wurden Typhusbacillen unter die Haut von Meerschweinchen gespritzt, so erfolgte zwar auch die Absonderung mit dem Urin und der Galle sehr früh, schon nach einer Stunde, nach 24 Stunden aber waren alle Organe steril. Nur in der Milz wurden noch nach zehn Tagen Bacillen angetroffen. Von da aus beginnt das zweite Stadium der Infection: Das Stadium der Infectionherde, die Nesterbildung. Es lässt sich somit für eine Reihe von Infectionen während der ersten, der Incubationsperiode, ein Eliminationsstadium feststellen. Die Nieren und die Leber besitzen ausser ihrer physiologischen Function noch die Fähigkeit, die Mikroben aus dem Körper auszusondern. Je schwächer die Infection und je widerstandsfähiger der Körper ist, umsomehr Mikroben werden aus ihm durch die gesammten Organe entfernt und umso schneller wird er von der Infection befreit.

Dr. Radziewski (Kiew) studirte an verschiedenen Bacterienarten die tödtliche Infection. Dieselbe setzt sich nach Autor aus zwei entgegengesetzten Processen zusammen: Der Vermehrung der Mikroben einerseits, der Zerstörung andererseits. Letztere findet während der Infection in ungeheuerem Umfange statt. Die zu irgend einem Zeitpunkte oder am Ende der Infection im Tierkörper vorhandene Zahl der Mikroorganismen entspricht nicht der Zahl der durch Vermehrung im Tierkörper überhaupt entstandenen Mikroben. Je grösser die tödtliche Dosis der Mikroben ist, umso grösser muss die Zahl der gleichzeitig in den Organismus eingeführten Individuen sein, von denen die schwächeren alsbald von den bactericiden Säften des Organismus abgetötet werden. Aber stets ist die Zahl der untergehenden Mikroben im Verhältnisse zur Zahl der gesunden gegen Ende der Infection viel grösser als im Anfange. Bei der tödtlichen Infection werden die Mikroben ausschliesslich ausserhalb der Zellen in den Säften des Organismus zerstört. Es findet zwar in der Bauchhöhle bei tödtlicher Infection eine Hyperleukocytose statt, aber die Zahl der von den Leukocyten aufgenommenen Mikroben ist verschwindend klein gegenüber den ausserhalb der Zellen in den Säften des Organismus zerstörten. Die bactericiden Stoffe werden von den Zellen des Organismus selbst bereitet, der Organismus immunisirt sich während der tödtlichen Infection bis zu einem gewissen Grade gegen die Mikroben. Die ungeheuere Mikrobenzerstörung in der zweiten Infectionsperiode lässt sich nicht durch die normal im Organismus vorhandenen bactericiden Kräfte, sondern durch eine Steigerung derselben unter dem Einflusse der inficirenden und sich vermehrenden Mikroben erklären. Die gleichzeitige Zerstörung und Vermehrung der Mikroben wird durch drei Momente begünstigt. Zunächst durch die Verschiedenheit der Concentration der Körpersäfte an den verschiedenen Körperstellen, zweitens dass der Mikrobe mit der bactericiden Substanz eine Verbindung eingeht und sie fixirt, und drittens durch die ungleichmässige Widerstandskraft der Mikroben in den verschiedenen Stadien ihres Wachstums. Es ist die Lebensaufgabe jedes tierischen Organismus, sich der auf ihn eindringenden Schädlichkeiten zu erwehren. Die Mikroben wirken auf ihn als lebende Wesen, die ihre Schädlichkeit beliebig steigern können, und als Träger eines specifischen Giftes schädlich ein. Bei der tödtlichen Infection muss der Organismus den Mikroben und sein Gift zerstören. Ersteres ist die leichtere Aufgabe.

Die Anregung der Speichelsecretion durch Kauen, Schlucken und Saugen stelle eine praktische Ausnützung der Chemotaxis dar, die sich Dr. Kuet (Wien) bei Diphtherie und Scarlatina bewährt hat.

Dr. Schütze (Berlin) versuchte die Frage, ob Antipyretica bei acuten Infectionskrankheiten schädlich wirken können, dadurch zu stärken, dass er Kaninchen mit Typhus inficirte und Antikörper im Kaninchenserum feststellte. Es zeigte sich, dass bei den mit Antipyrin behandelten Tieren keine Verzögerung oder Verminderung der im Serum entstehenden specifischen Substanzen eintritt, also keine directe Schädigung der

Digitized by Google

zum specifischen Heilungsverlauf notwendigen Reaction hervorgerufen wird. Dagegen beeinflussen die schädlichen Nebenwirkungen, die oft beobachtet werden, das Herz und das Circulationssystem; und dies ist um so schlimmer, als die ungeschwächte Herzkraft bei acuten Infectionskrankheiten mit das Allerwichtigste ist. Es ist daher nach Schütze aller Grund vorhanden, in der Anwendung der Antipyretica durchaus vorsichtig zu verfahren, weil der zu reichliche Gebrauch nur zum Collaps führen und einen nicht erwünschten Ausgang befördern kann.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft besprach Dr. Meyer die wesentlichsten Maassregeln gegen Infectionskrankheiten, wie sie in New-York üblich sind. Von besonderem Interesse sind die dortigen Behelfe zu diagnostischen Zwecken, im Besonderen zur Constatirung von Tuberculose, Diphtherie und Typhus, wofür es besondere Abteilungen im bakteriologischen Laboratorium gibt. Dieses verteilt an 100 Apotheken sogenannte Tests, die den Aerzten zur Verfügung gestellt werden und den Zweck haben, Untersuchungsmaterial wohlverwahrt an das Gesundheitsamt gelangen und so die Diagnosenstellung auf eine der Krankheiten stellen zu lassen. Am nächsten Tage erhält der Arzt die Entscheidung. 30 Tage stehen dann die Präparate den Aerzten im Gesundheitsamt zur Verfügung. Die Papiere der Tests enthalten Verhaltungsmaassregeln für Aerzte, z. B. den Urin bei Typhus als Quelle der Infection zu betrachten und für Desinfection desselben zu sorgen, ferner einen Ueberblick über die Typhusfälle der Stadt. Der Inhalt der Tests ist hier ein Cantharidenpflaster und ein zuschmelzbares Glasröhrchen, letzteres wird mit dem vom Kranken entnommenen Blutserum gefüllt, zur Anstellung der Vidal'schen Reaction eingesandt. Aehnlich ist das Arrangement bei Diphtherie, hier befinden sich im Test zwei Gläschen, das eine enthält eine Agarcultur, das andere einen aseptischen Platindraht. Bezüglich der Tuberculose lässt sich die Stadt die Bekämpfung derselben äusserst angelegen sein. Zur Bekämpfung derselben werden verschiedene Wege eingeschlagen. Einmal bilden die Zeitungen eine gute wirksame Waffe, um die Kenntnisse von der Vermeidung, der Heilbarkeit und der Ansteckungsfähigkeit der Tuberculose zu verbreiten. Ein zweites wirksames Mittel besteht in der Centralisirung der praktischen Maassregeln durch die Aerzte des Gesundheitsamtes, besonders in den Armenvierteln, deren Patienten von ersteren untersucht werden und bei Vorfindung von Tuberculösen darauf gedrungen wird, dass sich dieselben je nach ihren Vermögensverhältnissen entweder von einem Privatarzt oder in einer Volksheilanstalt, wo nicht vom Arzte des Gesundheitsamtes behandeln lassen. Hierzu kommt dauernde Belehrung des Publikums durch Ausgabe von Broschüren, Flugblättern in vier Sprachen (englisch, deutsch, italienisch und jüdisch-deutsch). Wenn ein solcher Kranker stirbt, so wird dessen Wohnung durch das Gesundheitsamt desinficirt; sehr verseuchte Häuser werden heruntergerissen, der Bürger wird auf Staatskosten entschädigt.

Ueber die Ursache des acuten Milztumors bei Vergiftungen und acuten Infectionskrankheiten von Dr. Jawein (Virchow's Arch. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft). — Zur Frage der Infection und der Immunität von Prof. Pawlowsky (Zeitschr. f. Hyg. und Infect.-Kr. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Untersuchungen zur Theorie der bakteriellen Infection von Dr. Radziewski (Zeitschr. f. Hyg. — Wiener med. Blätter Nr. 39). — Dr. Kuet über eine natürliche Schutzmitteltherapie bei zwei Infectionskrankheiten auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Wiener med. Blätter Nr. 45). — Experimentelle Untersuchungen zur Kenntniss der Einwirkung der Antipyretica auf den Verlauf acuter Infectionskrankheiten von Dr. Schütze (Zeitschr. f. Hyg. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 42). — Dr. Meyer über hygienische Maassregeln bei Infectionskrankheiten in New-York in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 29).

**Influenza.** Dr. Federn (Wien) hat bei Influenza einen niedrigen Blutdruck beobachtet, welcher nicht von dem Fieber oder mit dem Zustande des Darmes, sondern von der Schwere der Intoxikation abhängt und sphygmographisch gemessen 50 bis 60 mm Hg an der Radialis beträgt. Dieser Befund ist charakteristisch auch bei Fällen, bei

Digitized by Google

welchen keine Influenzabacillen nachweisbar sind. Bei Icterus gastroduodenalis kommt ebenfalls niedriger Blutdruck vor, und zwar schon ein bis zwei Tage vor dem Auftreten der Gelbfärbung. Die prompte Wirkung der Antineuralgica und Antifebrilia bei Influenza ist dadurch zu erklären, dass sie die peripheren Gefässe erweitern und dadurch dem geschwächten Herzen die Arbeit erleichtern. Die Allgemeinsymptome bei Influenza führt Vortragender auf eine primäre Schädigung des Herzens durch die specifischen Toxine zurück, wahrscheinlich wirken diese auf die nervösen Herzapparate. Die Höhe des Blutdruckes hat bei Influenza eine prognostische Bedeutung, der Verlauf und die Prognose sind desto schlechter, je niedriger der Blutdruck ist; bei alten Leuten ist die Prognose schlecht. Zur Behandlung empfiehlt Federn eine ausgiebige Verwendung der Antifebrilia und bei Darmatonie der Laxantia, namentlich des Calomel. Der foudroyante Verlauf bei Influenza dürfte auch mit der Erniedrigung des Blutdruckes zusammenhängen.

Zur Behandlung der bei Influenza beobachteten Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase empfiehlt Dr. Roth (Wien) folgendes Verfahren. Für den Beginn werden Bettruhe, Diaphorese, anfänglich kühle, dann warme Umschläge auf die vom Schmerz befallene Kopf- und Gesichtshälfte empfohlen, innerlich ein Antipyreticum gegeben. Unterstützt wird diese Behandlung noch durch Abstinenz von allen aufregenden Getränken und durch öfteres Einatmen warmer Wasserdämpfe, denen etwas Menthol zugesetzt wird, durch die Nase. Man verordnet das Menthol in 3—5% ätherischer Lösung und lässt davon einige Tropfen in ein mit kochend heissem Wasser gefülltes Gefäss träufeln; die dem Gefäss entsteigenden, mit Menthol geschwängerten Wasserdämpfe werden dann vom Patienten mit geschlossenem Munde durch die Nase eingeatmet. Das Menthol wirkt abschwellend auf die Nasenschleimhaut und die tiefe In- und Exspiration ruft Luftwirbel in der Nasenhöhle hervor, welche auch die Ventilation der Nebenhöhlen zu fördern im Stande sind. Auch das Einlegen von Wattebäuschchen, die mit 1% Cocaïnlösung getränkt wurden, in die Nase, gewährt Erleichterung. Führen diese Maassnahmen nicht zum Ziele, dann cocaïnisire man die Nase und versuche vorerst die ausgiebige Anwendung der Pollitzerschen Luftdouche, ein Verfahren, welches nicht selten dadurch eine erhebliche Linderung des Schmerzes bewirkt, dass es die in den Nebenhöhlen zurückgehaltenen Secrete zur Entleerung bringt und die Luft in den Nebenhöhlen erneuert. Enthält die entzündete Nebenhöhle eiteriges Secret, so ist das Verfahren mit Rücksicht auf die Gefahr der Entstehung einer Otitis media nicht angezeigt. Verringern sich die Schmerzen nach Anwendung der Luftdouche nicht oder nicht erheblich, dann bleibt nichts weiter übrig, als die erkrankte Nebenhöhle mit 1% lauwarmer Borlösung auszuspülen. Gleichzeitig haben sich Bepinselungen der die Ostien der Nebenhöhlen begrenzenden Schleimhaut mit 2—5% Höllensteinlösungen als vorteilhaft erwiesen.

Prof. Bourget (Lausanne) übt folgende Behandlungsmethode der Influenza und der grippeartigen Infectionen. Er verschreibt:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Acidi salicyl. | 4,0 |
| | Methyli salicyl. | 10,0 |
| | Ol. Eucalypti | 5,0 |
| | Ol. Salviae | 3,0 |
| | Ol. Myristic. | 5,0 |
| | Ol. Camphorat. | 30,0 |
| | Spirit. Juniperi | 120,0. |

Die Kranken werden in das Bett gesteckt und Brust und Bauch werden reichlich mit diesem Liniment eingerieben. Der Erfolg ist ein sehr guter. Um besonders auf die oberen Luftwege einzuwirken, lässt man den Kranken von Zeit zu Zeit den Kopf unter die Bettdecke stecken und tief einatmen. Das Liniment ist schon seines Geruches wegen den meisten Kranken sehr angenehm.

Dr. Richy (New-York) sah vom Salophen, das er bei Gelegenheit einer Influenzaepidemie in Anwendung zog, sehr guten Erfolg. Er schickte die Kranken sofort ins Bett und gab ihnen zugleich 1,0 Salophen. In kurzer Zeit folgte gewöhnlich eine profuse Schweisssecretion, die durch Verabreichung von warmen

Digitized by Google

Getränken unterhalten wurde. Wenige Dosen von Salophen genügten fast stets, um die schweren Krankheitserscheinungen zu beseitigen.

Als Prophylacticum gegen Influenza empfiehlt Dr. Habgood das Chinin, das sowohl ihn selbst als auch Andere, die gleich ihm Chinin genommen haben, von dieser Krankheit verschonte.

Dr. Federn über Influenza in der Gesellschaft der Aerzte in Wien (Wiener med. Blätter Nr. 21). — Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen von Dr. Roth (Wiener med. Presse. — Medico Nr. 9). — Salophen gegen Influenza von Dr. Richy (Buff. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 31). — Chinin als Prophilacticum gegen Influenza von Dr. Habgood (Brit. med. Journ. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25).

**Inhalation.** Ein umfassendes Bild vom Wesen und Wert der Inhalationstherapie gibt Dr. Robinson. Die Methoden der Inhalation sind nach Autor zweierlei, die mittels Apparaten und die Inhalation im freien Raum. Von ersteren kommen zur Anwendung die Apparate von Schnitzler, Lewin, Heyer und Jahr. Die Vorzüge derselben vor anderen beruhen auf feinster Verteilung des Inhalationsstromes, der Möglichkeit, die Temperatur desselben auf einen gewünschten Grad zu reguliren und constant zu erhalten, und schliesslich, Medicamente in bestimmter Concentration zu verabfolgen. Inhalationen im freien Raum nach Wassmuth, Hartmann, letztere beruhend auf mit flüssigen Substanzen des Lignosulfits imprägnirter Luft. Domäne der Apparatinhalationen sind speciell chronische Erkrankungen der oberen Luftwege, die Pharyngitis sicca, die Pharyngitis chronica hypertrophicans, alle Formen der chronischen Laryngitiden, speciell der Laryngitis sicca. Locale Behandlung ist neben den Inhalationen grösstenteils nicht zu entbehren, doch ist die Beschleunigung des Heilungsverlaufes durch die Inhalationen unverkennbar. Zur Nachbehandlung galvanocaustischer oder anderer chirurgischer Eingriffe ist die Inhalationstherapie besonders berufen. Zu Inhalationen kommen an den Apparaten entweder Mineralwässer allein (Ems, Selters, Baden-Baden), oder mit Zusatz adstringirender oder flüchtig aromatischer Medicamente zur Verwendung. Erkrankungen der Bronchien werden vorzugsweise durch Inhalationen im freien Raum günstig beeinflusst. Bei trockenen Bronchitiden mit zähem Secret und quälendem Husten ist der Wassmuthsaal, bei solchen mit reichlicher, speciell fötider Absonderung der Lignosulfitsaal indicirt.

Prof. Emmerich (München) publicirt die Resultate der von ihm unternommenen vergleichenden Prüfung eines von Bulling construirten Inhalationsapparates, sowie der Inhalationsapparate von Wassmuth, Clar und Reitz. Seine Untersuchungen führen Autor zu dem Schluss, dass nur von dem Bullingschen Inhalatorium ein therapeutischer Effect erwartet werden kann, von den übrigen untersuchten nicht.

Dr. Saenger (Magdeburg) kommt auf Grund experimenteller Studien zu folgendem Ergebniss: Das Eindringen noch in zerstäubtem Zustand befindlicher Inhalationsflüssigkeit in den Kehlkopf und die unterhalb desselben gelegenen Teile des Respirationsapparates kann nicht ohne Weiteres als erwiesen betrachtet werden, wenn nach dem Inhaliren grössere oder kleinere Mengen der inhalirten Flüssigkeit im Kehlkopf, der Trachea, den Bronchien oder gar den Alveolen gefunden werden. Die nicht mehr in zerstäubtem Zustand befindliche Inhalationsflüssigkeit kann durch die Kraft der Inspiration noch recht gut in die tieferen und tiefsten Abschnitte des Atmungsapparates befördert werden. Wenn auch vielleicht kleine Mengen noch in zerstäubtem Zustand befindlicher Inhalationsflüssigkeit unter Umständen in den Kehlkopf, die Trachea und die groben Bronchien hineingelangen können, so sind diese Mengen doch so klein, dass sie eine wahrnehmbare therapeutische Wirkung nicht auszuüben vermögen. Dass etwas von der inhalirten zerstäubten Flüssigkeit in diesem Zustand in die kleineren und kleinsten Bronchien gelangt, hält Verfasser für vollkommen ausgeschlossen.

Nach Dr. Schenk's (Cöln) Erfahrungen stellt die Einatmung der Medicamente in Staubform die beste Inhalationsmethode dar, die bei acuten und

Digitized by Google

chronischen Affectionen der Luftwege und Erkrankungen des Lungengewebes, insbesondere bei Phthise, erheblich mehr leistet, als bisher durch andere Inhalationsapparate zu erreichen war. Für die Ausführung dieser Behandlungsmethode ist ein vom Verfasser angegebener Inhalationsapparat erforderlich, der im Wesentlichen aus einem Pulverbehälter mit Zerstäubungskugel und Gebläse und einer Luftkammer besteht. (Bezugsquelle: Ed. Hofius, Duisburg a. Rh., Friedrich-Wilhelmsplatz.) Bei Phthise lässt Verfasser z. B. Pulver von Tannin mit Jodoform inhaliren, daneben Pulver von Natrium bicarbonicum oder Natrium bicarbonicum mit Tinctura Myrrhae oder Oleum Menthae pip. mit Oleum Cinnamomi. Schon nach einigen Tagen tritt in fast allen Fällen eine starke Verminderung des Auswurfs ein, so dass man sich genötigt sieht, um die Expectoration nicht zu sehr zu erschweren, die Zahl der Inhalationen mit adstringirenden Pulvern zu verringern. Nach ca. achttägiger Anwendung des Pulvers von Tannin und Jodoform lässt man die Inhalation dieses Pulvers 3—4 Tage oder noch länger aussetzen und nur eines der anderen oben genannten Pulver inhaliren.

Dr. Robinson über Wesen und Wert der modernen Inhalationstherapie auf dem Laryngologencongresse zu Heidelberg (Med. Woche Nr. 25). — Vergleichende Untersuchungen über die Leistungen verschiedener Inhalationssysteme von Prof. Emmerich (Münch. med. Wochenschr. Nr. 26). — Ueber die Inhalation zerstäubter Flüssigkeit von Dr. Saenger (Münchener med Wochenschr. Nr. 21). — Ueber Pulverinhalation von Dr. Schenk (Deutsch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 21).

**Intoxicationen.** Wie Dr. Dreesmann (Cöln) auf Grund seiner eigenen und derjenigen von anderen Autoren beobachteten Fälle mitteilt, unterliegt es keinem Zweifel, dass das Wismuth bei interner wie externer Anwendung in den verschiedensten Zusammensetzungen Vergiftungserscheinungen hervorzurufen im Stande ist, die in leichteren Fällen unter dem Bilde der Stomatitis, in schwereren gleichzeitig unter dem des Darmcatarrhs und der Nephritis auftreten. Zweifellos aber treten diese Vergiftungserscheinungen sehr selten auf und können deshalb kaum von der weiteren, allerdings vorsichtigen Anwendung der verschiedenen Präparate abhalten. Ueberdies sind auch die Erscheinungen der Intoxication so characteristisch, dass sie gleich bei Beginn erkannt und richtig gedeutet werden können. Eine schwere Intoxication lässt sich dann mit Sicherheit vermeiden. Man muss eben nur wissen, dass auch das vielfach für ganz harmlos gehaltene Bism. subnitr., ebenso wie Dermatol und Airol, unter bestimmten, zum Teil unbekannten Bedingungen toxisch wirken kann und dass diese toxische Wirkung sich gleich im Beginn schon im Harn, besonders aber im Munde kenntlich macht.

Ein Fall von Formalinintoxication teilt Dr. Zorn mit. Bei dem Patienten stellten sich an subjectiven Beschwerden Schweratmigkeit, Schwindel- und Angstgefühl, Brech- und Würgreiz, Brennen im Mund und Magen ein. Eine Magenausspülung ergab nichts Besonderes mehr im Magen. Objectiv: Kleinheit und Beschleunigung des Pulses, Schwindel, leichte parenchymatöse Reizung der Nieren und ziemlich beträchtliche Enteritis. Die Therapie bestand in Magenspülung und Diät, lauwarmen Bädern und reichlichem Genuss von Wildunger Wasser.

Als Antidot des Formalins gilt Ammoniak. Wird Formaldehyd mit Ammoniak zusammengebracht, so wird der Formaldehyd sofort gebunden, und es bildet sich neben Wasser Hexamethylentetramin, welches weder ätzende Eigenschaften besitzt, noch eine schädigende Allgemeinwirkung äussert und therapeutisch als Urotropin viel benutzt wird. Es würde sich also die in kurzen Zwischenräumen zu wiederholende Darreichung einiger Tropfen des officinellen Liquor Ammonii caustici, reichlich mit Wasser verdünnt, oder von Liquor Ammonii anisatus empfehlen. Besser noch dürfte sich der vor einiger Zeit von französischer Seite empfohlene Liquor Ammonii acetici eignen, der selbst keine ätzenden Eigenschaften besitzt und gleichfalls zur Bildung des ungiftigen Hexamethylentetramin führt.

Dr. Strachan berichtet über einen Fall von Belladonnavergiftung bei einem 5jährigen Knaben, der nach vor-

Digitized by Google

genommener Magenauswaschung durch Injection von 1/4 Grain Morphium geheilt wurde.

Ueber Wismuthintoxication von Dr. Dreesmann (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 36). — Ueber Formalinintoxication von Dr. Zorn (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46). — Zur Behandlung der Vergiftungen mit Formaldehyd (Ther. Monatshefte 2. Heft). — Ein Fall von Belladonnavergiftung mit Morphium behandelt von Dr. Strachan (Brit. med. Journ. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 40).

**Intubation.** Prof. v. Bókay (Budapest) sprach auf der deutschen Naturforscherversammlung über den gegenwärtigen Stand der Intubation. Vortragender bespricht die Frage auf Grund seiner Beobachtungen an 1261 eigenen Fällen und der ihm zur Verfügung stehenden litterarischen Daten und erklärt, dass er seine Ansicht, dass die Intubation bei der operativen Behandlung des Croups, als verhältnissmässig leichter durchführbarer und weniger Gefahren mit sich bringender unblutiger Eingriff, über die Tracheotomie zu stellen sei, auch heute unverändert aufrecht hält. Vortragender ist nach zehnjähriger Spitalserfahrung der Meinung, dass die primäre Tracheotomie bei Croup bloss in jenen Fällen nicht durch die Intubation ersetzt werden kann, wenn a) neben der bestehenden Larynxstenose auch eine hochgradige Pharynxstenose vorhanden ist, und b) wenn in Folge starker ödematöser Anschwellung des Kehlkopfeinganges die erfolgreiche Intubation nicht erhofft werden kann. Dass in der Landpraxis bei grossen Entfernungen ein intubirter Kranker nicht ohne fachkundigen Arzt zurückgelassen werden kann, ist selbstverständlich, und in diesen Fällen verdient die Tracheotomie entschieden den Vorzug vor der Intubation. Bei solchen Fällen empfiehlt Autor den Luftröhrenschnitt bei liegendem Tubus als solches Verfahren, welches die Tracheotomie bedeutend erleichtert. (Der Tubus wird knapp vor Eröffnung der Luftröhre mittels des Fadens entfernt). Bei postmorbillösem Croup ist Autors Standpunkt der nämliche, und auf Grund seiner dem Spitalsmateriale entnommenen Statistik widerspricht er Netter, der bei dieser Form des Croups die Tracheotomie empfiehlt. Das Auftreten der sogenannten Schluckpneumonien bei Intubirten erklärt Vortragender für die grösste Seltenheit.

Dr. Siegert (Strassburg) sucht die Bedeutung der Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der Kehlkopfdiphtherie dadurch festzustellen, dass er an der Hand des Materials fast aller Städte Mitteleuropas mit über 50000 Einwohnern, insgesammt 22600 Fälle von 1895 bis 1900 aus 93 Spitälern: 1. die Leistungen der Tracheotomie im Vergleich mit den Erfolgen der principiellen primären Intubation, 2. die Leistungen der Tracheotomie in den intubirenden Spitälern, primär wie sekundär, also bei aussichtsloser oder erfolgloser Intubation, ermittelt. Dabei gelangt er zu folgenden Schlüssen: 1. Tracheotomie nnd Intubation ergeben im Spital bei 11104 Tracheotomirten und 11511 in intubirenden Spitälern operativ Behandelten eine Mortalität von 34,29 resp. 34,27 %, also die gleiche Mortalität. 2. Zur Erreichung dieses Resultates bedarf die Intubation der primären und secundären Tracheotomie. 3. Der grösseren Häufigkeit der Tracheotomie entspricht in den intubirenden Spitälern der Erfolg. 4. Durch Uebergang zur Intubation haben die tracheotomirenden Spitäler ihre Mortalität nicht vermindert. 5. Die principielle Tracheotomie, wie in höherem Grade die principielle Intubation sind unrationell. 6. Nur die Anwendung beider Verfahren erlaubt den bestmöglichen Erfolg.

Seine Erfahrungen über das Intubationstrauma hat Prof. v. Bókay (Budapest) in einer sorgfältigen Arbeit niedergelegt. Bei der Tubuseinführung können entweder Schleimhautabschürfungen oder falsche Wege entstehen. Von Letzteren hat v. Bókay fünf Fälle beobachtet. Vermeiden lassen sich solche Zufälle nur durch eine ganz exacte Einführung des Tubus. Durch den liegenden Tubus bedingte Decubitalgeschwüre sind ein ziemlich häufiges Vorkommniss. Bei 360 auf 1203 Beobachtungen treffenden Sectionen wurden sie 156mal gefunden. Die Geschwüre sitzen immer an der vorderen Wand des Kehlkopfes und der Luftröhre. Eine Verhütung dieser Ge-

Digitized by Google

schwüre muss angestrebt werden durch die Anwendung von gut modellirten und richtig graduirten Ebonittuben und durch möglichste Abkürzung der Intubationsdauer durch Serumbehandlung. Die Extubation kann nur in seltenen Fällen Verletzungen setzen, wenn sie auf instrumentellem Wege vorgenommen wird. Im Gefolge der Intubation entstandene Kehlkopfstricturen hat Verfasser unter seinen Fällen viermal beobachtet, ausserdem kamen noch vier solche Fälle zur Behandlung, die von anderer Seite intubirt waren. Drei der acht Fälle zeigten narbige Verengerungen, fünf narbigen Verschluss. Eine Hauptregel zur Verhütung der narbigen Verengerungen ist, dass man nach einer wegen Druckgeschwüren vorgenommenen Tracheotomie schon nach einer Woche Probesondirungen mit dem O'Dwyertubus vornehmen und in kurzer Zeit wiederholen, dass man ferner bei Verdacht einer narbigen Verengerung möglichst bald das Decanulement mittels secundärer Intubation vornehmen lässt. Zur Behandlung der narbigen Verengerungen kommen in Betracht: 1. Methodische Intubation, 2. Erweiterung mit Schrötter'schen Röhren, 3. Durchtrennung der Narbe und Transplantation nach Thiersch und 4. Resection des narbigen Teiles und Vereinigung durch die Naht.

Prof. Hagenbach-Burckhardt's (Basel) Beobachtungen ergaben, dass bei der Intubation vornehmlich zwei Stellen beschädigt werden: 1. Die subglottische Partie des Kehlkopfes, 2. die vordere Wand der Luftröhre. Als Ursachen der Verletzungen erkannte Autor a) die Form der Tuben (Verdickung im mittleren Teile, Druck des unteren Tubenendes), b) die lange Dauer der Intubation. Letzterer Missstand ist durch die Wirkung des Serums sehr eingeschränkt worden. Die Gefahr der Verletzung ist umso grösser, je schwerer die Erkrankung und je jünger das Kind ist (die O'Dwyer'schen Tuben sind für junge Kinder zu gross, was schwer ins Gewicht fällt). Wenn bei einem Intubirten nach Wochen immer wieder stenotische Erscheinungen bei der Extubation auftreten, so ist mit Wahrscheinlichkeit an den beschriebenen Stellen Decubitus oder Oedem oder Narbenbildung vorhanden. Hier und da kann man die Diagnose mit Hilfe des Kehlkopfspiegels stellen. Von diagnostischem Werte sind auch Schmerzempfindung bei Druck auf den Ringknorpel oder das obere Ende der Luftröhre, blutiger Auswurf, Bildung eines schwarzen Ringes am Tubus (durch Entstehung von Schwefelmetall). Zuweilen deuten auch Temperatursteigerungen, die anderweitig nicht erklärt werden können, auf die Verletzung hin. In einzelnen leichten Fällen kann fortgesetzte Intubation Heilung bringen. In den meisten Fällen ist jedoch die secundäre Tracheotomie vorzuziehen. Narben werden nach Ausführung der Laryngotomie entfernt. Verhütet werden die besprochenen üblen Folgen der Intubation am besten durch die von Fischer (New-York) empfohlenen gerippten Hartgummicanülen, an denen Hagenbach-Burckhardt durch Beseitigung der mittleren Anschwellung eine nicht unwesentliche Verbesserung angebracht hat. Diese Tuben haben sich sehr bewährt.

Unter Mitteilung von fünf Fällen eigener Beobachtung empfiehlt Prof. v. Bókay (Budapest) angelegentlich die von O'Dwyer eingeführte Anwendung mit Gelatine-Alaun präparirter und mit schmälerem Halsteile versehener Bronzetuben bei allen Fällen, in denen die Dauer der Tubage 100 Stunden überschreitet und die successive Abnahme der Extubationspausen den Verdacht auf Bildung von Decubitusgeschwüren im Kehlkopf nahelegt, als ein äusserst einfaches, leicht durchführbares und erfolgreiches Verfahren.

Zur Verhütung der Autoextubation schlägt Dr. Schlechtendahl (Düsseldorf) vor, den Faden hinter dem Gaumen durch die Nase nach vorn zu führen und zwar mit Hilfe des Bellocque'schen Röhrchens; zuerst wird der mit dem Faden armirte Tubus in der gewöhnlichen Weise eingeführt, dann durch die Nase das Röhrchen; dessen Feder wird vorgeschoben, bis sie zwischen den Zahnreihen zum Vorschein kommt, dann wird das freie Fadenende im Knopf des Röhrchens befestigt und der Faden mittels

Digitized by Google

des Röhrchens nach vorn durch die Nase gezogen, wo er durch ein Heftpflaster am Nasenflügel oder in ähnlicher Weise befestigt werden kann.

Eine trichterförmige Trachealcanüle, die sich schon seit 1881 bewährt hat, empfiehlt Dr. Gersuny (Wien). Sie hat folgende Vorzüge: 1. Das weite Kaliber gestattet freie Atmung. Das untere Ende liegt der Wand der Luftröhre nicht an, kann daher keinen Decubitus erzeugen. 2. Das Fenster liegt genau in der Achse der Luftröhre, so dass keine Granulationen hineinwuchern können. 3. Der weiteste Teil des in der Luftröhre liegenden Stückes füllt deren Lumen vollständig aus, so dass kein Blut, Secret u. s. w. aus dem Kehlkopfe in die Luftröhre gelangen kann. Die Canüle ist bei Thürriegl in Wien zu haben.

Dr. Rahn hat das Instrumentarium für die In- und Extubation derart abgeändert, dass dasselbe Instrument der In- und Extubation dient. Und auch dieses ist nur zum Teile für die Intubation speciell angefertigt, denn als Handhabe wird der bekannte Krause'sche Universalgriff für Schlingenführung in Nase und Kehlkopf verwendet. Mit diesem wird im Bedarfsfalle eine etwa 8 cm lange, rechtwinkelig abgebogene Metallhülse verbunden, deren Lumen eine Drahtschlinge führt, die nach Verbindung mit jenem Griffe durch Hin- und Herschieben beliebig gross und klein gestellt werden kann. Um mit dieser Schlinge den Tubus beim Intubiren festhalten, beim Extubiren erfassen zu können, ragt bis in die Mitte des trichterförmig erweiterten oberen Tubuslumens von der Hinterwand her wagrecht ein kleiner Balken herein, dessen untere Seite zur Sicherung der Befestigung einen Falz für die Schlinge trägt. Die Tubusform ist wesentlich abgeändert. Trotz der Einfachheit seines Instrumentes lässt Rahn übrigens nach der Intubation am liebsten den Faden oder noch besser eine kleine geknotete Schlinge zum Zwecke der Extubation liegen.

Prof. v. Bókay über den gegenwärtigen Stand der Intubation auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Med. Woche Nr. 41). — Dr. Siegert über die Intubation und Tracheotomie bei Diphtherie seit der Serumbehandlung ebendaselbst (Ebendaselbst). — Das Intubationstrauma von Prof. v. Bókay (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 18). — Ueber Decubitus und Stenosen nach Intubation von Prof. Hagenbach-Burckhardt (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. — Schm. Jahrb 270. Bd. 5. Heft). — Beiträge zur Lokalbehandlung der im Gefolge der Intubation entstandenen Geschwülste des Kehlkopfes von Prof. v. Bókay (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47). — Ein Vorschlag zur Verhütung der Autoextubation von Dr. Schlechtendahl (Münchener med. Wochenschr. Nr. 18). — Ueber eine erprobte Trachealcanüle von Dr. Gersuny (Wiener klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft). — Ein combinirbarer In- und Extubationsapparat von Dr. Rahn (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37).

**Jodpräparate.** Dr. Werner führt aus, dass das Jodipin unter gewöhnlichen Verhältnissen (bei saurem Magensafte) unzersetzt in den Darm eintritt, dass erst hier, namentlich durch die Einwirkung der Galle und des Pankreassaftes, seine Resorption erfolgt und bespricht die auf dieser Thatsache beruhende mannigfaltige diagnostische Verwertung des Mittels. Er gibt Aufschluss: 1. über motorische Magenstörungen: tritt erst eine Stunde nach Einnehmen des Jodipin oder noch später Jodreaction im Speichel auf, so entleert sich der Magen zu langsam; zeigt sich die Jodreaction zu früh, schon nach etwa 15 Minuten, so besteht Insufficienz des Pylorus; 2. über Störungen in dem Zuflusse von Galle und Pankreassaft zum Darme durch beträchtlich verzögerten Eintritt der Speichelreaction; 3. über Störungen in der Darmresorption (Atrophie der Darmschleimhaut, Amyloid, Tuberculose, Peritonitis, Erkrankungen der Mesenterialdrüsen); 4. darüber, ob es sich bei trüben Bauchergüssen um einen Ascites chylosus oder einen Ascites adiposus s. chyliformis handelt; 5. über das Zustandekommen etwaiger Chylurie.

Prof. Rille (Innsbruck) hat das Jodipin 10 ccm pro Dosi des 25%igen Präparates subcutan ca. 20mal an seiner Klinik seit Dezember 1898 in vielfachen Fällen von Syphilis teils neben anderen Behandlungsmethoden, teils als solches allein in Verwendung gezogen; ohne gleichzeitige Quecksilberbehandlung kam es bisher in sechzehn Fällen von tertiärer Syphilis zur Anwendung. Die Erfolge waren ähnlich wie bei Jodkalium, ohne

Digitized by Google

jedoch in allen Fällen dasselbe zu erreichen. Auch bei Psoriasis wandte Rille die subcutanen Infectionen mit Jodipin an und ist mit denselben zufrieden.

Dr. Wanke (Friedrichroda) hat an der Nervenklinik von Prof. Binswanger in Jena verschiedene Kranke Jodipininjectionscuren unterworfen und äussert sich bezüglich der Indicationen des Mittels folgendermassen: Die Jodipinbehandlung wirkt günstig bei allen tertiären gummösen Formen der Syphilis, in den Fällen der Syphilis cerebri, sensu strictiori, und der Syphilisepilepsie, soweit dieselbe auf gummösen Processen in den Meningen oder in der Gefässwand beruht. Ferner scheint sie auch bei Fällen postsyphilitischer Erkrankungen, bei der Tabes dorsalis und besonders bei progressiver Paralyse dann eine langdauernde, weitgehende Remission bewirken zu können, wenn die Fälle noch frisch sind und wenn es sich um Mischformen des diffusen degenerativen Hirnrindenprocesses mit gummösen Neubildungen handelt. Bei älteren Fällen von progressiver Paralyse jedoch ist die Jodipinbehandlung wirkungslos.

Dr. Baum (Halle a. S.) empfiehlt die subcutane Anwendung des Jodipins bei Ischias. Autor hat täglich eine Einspritzung von 5 ccm der 25%igen Lösung gemacht, hauptsächlich in den oberen Abschnitt des Nervus ischiadicus, dann aber auch seinem Verlaufe entsprechend in die Innenseite des Oberschenkels bis herab zur Kniekehle. Er hat dabei beobachtet, dass schon nach wenigen Tagen die Schmerzen fast völlig schwanden, und der Patient gewöhnlich nach ca. 10 Injectionen das afficirte Bein bereits beschwerdelos bewegen konnte. Sehr auffällig war häufig der Erfolg bei chronischer Ischias, wo durch alle denkbaren Antirheumatica und sucutane Antipyrinausspritzungen die gewünschte Wirkung ausgeblieben ist.

Einen zweifellos günstigen Erfolg mit Jodipin erzielte angeblich Dr. Meyer (Badenweiler) in zwei Fällen von Struma, Das Mittel wurde innerlich genommen, entweder dreimal täglich ein Theelöffel der 10%igen Lösung oder dreimal täglich 10 Tropfen der 25% Mischung. Unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen wurden nie dabei beobachtet.

Ueber ein neues Jodeiweisspräparat, Jodolen genannt, berichtet Dr. Sommerfeld. Das Mittel ist ein gelbliches, geruch- und geschmackloses, nicht hygroskopisches Pulver, das unter Ausschluss von Luftzutritt längere Zeit auf 100° erhitzt werden kann. Sommerfeld unternahm an der dermatologischen Klinik des Prof. Pick (Prag) die klinische Prüfung des neuen Jodpräparates 1. nach der Richtung, ob es geeignet ist, die Jodalkalien in ihrer altbewährten Wirksamkeit gegen die Syphilis zu ersetzen oder gar, sei es wegen stärkerer Wirksamkeit oder mangelndem Jodismus zu übertreffen, 2. wie es sich als Wundheilmittel bewährt. Was den ersten Punkt anbelangt, so sieht sich Verfasser im Schlussresumé veranlasst, denselben negativ zu beantworten, obwohl die angeführten zwei Fälle von gummöser Lues geradezu einen erstaunend raschen Heilerfolg nachweisen, wenn auch die schweren Erscheinungen von Jodismus sicher das Mittel zu empfehlen nicht in der Lage sind. Als locales Wundpulver — nur als solches ist es anwendbar — zeichnet es sich durch eine kräftige, gesunde Granulationsproduction, eine rasche Ueberhäutungsfähigkeit aus, wogegen ihm der Nachteil einer bedeutenden Secretionsbildung anhaftet.

Jodylin wird als Ersatzmittel für Jodoform von Dr. Frieser (Wien) empfohlen. Es ist ein hellgraues feines, leicht verteilbares und haltbares Pulver von schwachem, an Jod erinnernden Geruch; es ist nach Autors Erfahrung vollkommen ungiftig und reizlos und kann auf Grund der vielfach mit demselben erzielten günstigen Behandlungserfolge als antiseptisches Mittel im Sinne des Wortes sowohl in Pulverform, als in Form der sich zum antiseptischen Verband überaus gut eignenden Jodylingaze angewendet werden.

Ueber Jodipin als mehrfaches diagnostisches Mittel von Dr. Werner (Wiener klin Wochenschrift. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5 Heft). — Prof. Rille über Jodipin in der Aerztegesellschaft zu Innsbruck (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30). — Ueber Jodipin von Dr. Wanke (Corresp.-Bl. d. a. ärztl. V. von Thüringen. — Allg. med. Central-

Digitized by Google

Zeitg. Nr. 66). — Ueber die Anwendung und therapeutischen Indicationen des Jodipins von Dr. Baum (Ther. Monatsh. 6. Heft). — Jodipintherapie bei Struma von Dr. Meyer (Deutsche Aerzte-Zeitg. — Medico Nr. 3). — Ueber ein neues Jodeiweisspräparat (Jodolen-Laqueur) und seine therapeutische Verwendung von Dr. Sommerfeld (Arch. f. Dermat. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 9). — Jodylin, Ersatzmittel für Jodoform von Dr. Frieser (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 55).

**Johimbin.** Prof. Krawkoff hat eingehende Studien über die pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften des Johimbin-Spiegel angestellt und glaubt auf Grund derselben behaupten zu können, dass es durchaus nicht so ungefährlich ist, wie es von den Autoren gehalten wird und dass es nicht als Aphrodisiacum angesehen werden kann.

Dr. Loewy (Berlin) verteidigt das Johimbin gegen die Angriffe, die gegen dasselbe erhoben wurden. Es ist in vorsichtigen Mengen (zu 0,005) ungefährlich und ruft auch bei Menschen ziemlich sicher Erectionen hervor. Neuerdings hat Loewy gesehen, dass diese Wirkung bei Hunden auch nach der Entfernung der Hoden eintrat, daraus folgt, dass der Angriffspunkt entweder das „Erectioncentrum" oder der Penis selbst ist.

Die Dosirung und Verordnung des Johimbin-Spiegel geschieht nach Dr. Hillringhaus und Dr. Heilmann, (Güstrow), folgendermassen. 1. Für subcutane Injectionen wendet man eine 1% Lösung des salzsauren Johimbin-Spiegel (Solutio Johimbini-Spiegel) in Wasser an, die man in der Hitze z. B. 0,1 ad 10,0 aq. dest. ad. vitrum nigrum bereitet. Es kommt von dieser Lösung $^1/_4$—$^1/_2$ Spritze dreimal täglich zur Anwendung, d. h. dreimal 0,0025—0,005 Gramm des Salzes. Die Lösung hält sich nur einige Wochen und ist frisch bereitet am wirksamsten. Zur besseren Conservirung kann man der Lösung einen Tropfen Chloroform zusetzen. 2. Für innerlichen Gebrauch. a) dreimal täglich 10—15 Tropfen der unter 1 beschriebenen Solutio Johimbini Spiegel d. h. dreimal 0,005—0,0075 g des Salzes. b) Täglich 3—4 Dr. Spiegels Johimbintabletten à 0,005 g salzsaures Johimbin-Spiegel. Die letztgenannte Dosirungsform ist wegen der unbegrenzten Haltbarkeit der Tabletten im Gegensatz zur Lösung am empfehlenswertesten. Die Tabletten werden in Gläschen zu je 10 Stück abgegeben. Die allmähliche Steigerung der Minimaldosis 0,0025 g für Injectionen und 0,005 g innerlich dreimal täglich, die häufig sich schon wirksam erweisen wird, auf das Doppelte wird in manchen Fällen, wenn eine Reihe von Tagen die Minimaldosis resultatlos angewendet worden ist, angebracht sein und kann ohne Bedenken geschehen. Selbst noch weit höhere Dosen sind vereinzelt schon gereicht und ohne Beschwerde vertragen worden, so dass also die obere zulässige Dosis noch höher als 1 cg gesteckt werden kann. Als Nebenerscheinung, die in Bezug auf weitere Steigerung der Dosis zur Vorsicht mahnen soll, ist das Auftreten von Speichelfluss anzusehen. Bei Anwendung der Minimaldosis hat sich in manchen Fällen die Wirkung des Johimbin-Spiegel erst nach sechswöchentlichem Gebrauch eingestellt.

Ueber Yohimbin Spiegel von Prof. Krawkoff (Wratsch Nr. 11 u. 12). — Bemerkungen zur Wirkung des Yohimbin Spiegel von Dr. Löwy (Ther. d. Gegenw. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Die Verordnung des Yohimbin Spiegel von Dr. Hillringhaus und Dr. Heilmann (Chem. Fabrik Güstrow).

# K.

**Kakodylsaure Salze.** Prof. Gautier berichtete in der Académie de Médecine zu Paris über die Erfolge, die er mit dem kakodylsauren Natrium nicht bloss bei der Tuberculose erzielt hat, sondern bei allen bacillären Erkrankungen, bei der Grippe, bei der Malaria, bei nervösen Affectionen, beim unstillbaren Erbrechen, beim Diabetes, beim Asthma, bei der Chorea, beim Lupus und bei den chronischen Geschwüren beobachten konnte. Die einzige Contraindication

Digitized by Google

gegen die Anwendung des kacodylsauren Natrium geben die Leberaffectionen ab. Das kakodylsaure Natrium übt seine Wirkung durch die Vermittlung der Schilddrüse aus; lediglich dort trifft man den normalen Arsenik in verhältnissmässig beträchtlicher Menge vor; er ist mit dem Jod verbunden, und die gleichzeitige Verabreichung des Jods mit dem kakodylsauren Natrium unterstützt die Wirkung des Medicaments. Die Steigerung der Oxydationen, welches durch dieses Medicament bewirkt wird, erklärt seinen Einfluss auf die Tuberculose. Es ist bekannt, dass die Toxine in einem oxydirenden Medium zerstört werden; so erklärt sich die Widerstandsfähigkeit, welche die der Einwirkung der Kakodylate unterworfenen Kranken den krankmachenden Factoren gegenüber an den Tag legen.

Dr. Salvioli hat die Kakodylsäure in Form von kakodylsaurem Natrium 0,05—1,1 pro dosi subcutan in mehreren Fällen von Tuberculose, Chlorose, Ernährungsstörung, Geisteskrankheit angewendet. Er hat, ausser bei den Geisteskranken, in allen Fällen Hebung des Appetits, Besserung des Ernährungszustandes und Gewichtszunahme beobachtet. Er schreibt diese Zeichen der Besserung der Wirkung der Kakodylsäure zu, weil die Kranken während der Cur in keiner Beziehung die frühere Lebensweise, Beköstigung u. s. w. änderten. In einigen Fällen von Tuberculose liessen die Erscheinungen (Husten, Fieber u. s. w.) sichtlich nach. Im Blute liess sich eine Steigerung des Hämoglobingehalts nachweisen. Der psychische Zustand wurde namentlich bei Neurasthenikern günstig beeinflusst.

Bei verschiedenen Hauterkrankungen wandte Dr. Saalfeld (Berlin) die kakodylsauren Salze an und war mit dem Erfolg sehr zufrieden. Für seine Versuche benutzte er Arsycodile- (= Natrium cacodylicum) Pillen, von denen er gewöhnlich 1—2 Stück pro dosi und 4 Stück mit je 0,025 Arsycodile pro die nehmen liess; in derselben Weise wurden die noch einen Eisenzusatz enthaltenden, unter dem Namen Ferricodile (= Ferrum cacodylicum) erhältlichen Pillen verwendet. Von einer sterilisirten 5%igen Arsycodile- resp. Ferricodile-Lösung nahmen die Patienten pro dosi 10—20 Tropfen (0,025 bis 0,05 Natrium resp. Ferrum cacodylicum) und pro die 40 Tropfen (0,1 Natrium resp. Ferrum cacodylicum). Bei der subcutanen Application verwandte er täglich je eine Ampulle mit 1 ccm einer 5%igen sterilisirten Arsycodile-Lösung; ebenso war der Anwendungsmodus bei den Ampullen mit Ferricodile. Zur rectalen Anwendung wurden besondere Ampullen mit dem analogen Inhalt wie bei der subcutanen Injection benutzt; hiervon wurden ebenso wie von den 0,05 Arsycodile pro dosi enthaltende Suppositorien 1—2 Stück täglich von den Patienten in Anwendung gezogen.

Dr. Gallois empfiehlt folgende Mischung:

| | |
|---|---|
| Natr. cacodylic. | 2,0 |
| Rum | |
| Syr. simpl. | āā 20,0 |
| Aqu. dest. | 60,0 |
| Spir. Menth. pip. | gtt. 1—2. |

S.: Ein Kaffeelöffel bei jeder Mahlzeit zu nehmen.

10 Tage lang ist dieses Mittel zu geben, dann setzt man ebenso lange aus u. s. f. Einen bis zwei Fälle ausgenommen, wurde bei etwa 50 Kranken das Mittel immer gut vertragen. Das auffallendste Resultat war die Vermehrung des Appetits; die Kranken haben ausserdem das Gefühl, dass ihre Kraft zugenommen habe. Die Affection, welche am glücklichsten durch die Kakodyldarreichung beeinflusst wird, ist die chronische Bronchitis mit asthmatischen Anfällen bei älteren Leuten. Gallois hat 15 solcher Fälle mit grossem Erfolge behandelt, sogar wenn schon Herzschwäche in Folge der Anfälle bestanden hatte; gegen das noch zurückgebliebene Oedem wurde Digitalis sodann mit Erfolg gegeben. Bei der asthmatischen Bronchitis der Kinder wirkt bekanntlich Jod sehr rasch.

Prof. Gautier über das kakodylsaure Natrium in der Académie de Médecine zu Paris (Med. Woche Nr. 46). — Ueber Kakodylsäure von Dr. Salvioli (Riv. Venet. — Oest.-ung. Contralblatt Nr. 15). — Ueber die Anwendung von kakodylsauren Salzen bei Hauterkrankungen von Dr. Saalfeld (Ther. Monatsh. 6. Heft). — Dr. Gallois über die Behandlung mit Kakodylsäure in der Société de Thérapeutique (Münch. med. Wochenschrift Nr. 49).

Digitized by Google

**Kehlkopfkrankheiten.** Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose berichtet Dr. Besold (Falkenstein i. T.). Bei leichter Affection ohne fortschreitende Tendenz genügt nach Autor die Allgemeinbehandlung; so bei leichten Erosionen, Trübung und Verdickung der Larynxschleimhaut. Hier muss sorgfältig beobachtet werden, um rechtzeitig local einzugreifen. Bei wuchernden tuberculösen Granulationen, Geschwüren oder tuberculösen Wucherungen muss local behandelt werden, so lange Aussicht auf Heilung besteht, resp. um Stenosenbildung zu verhüten oder zu beseitigen. Local eignet sich Milchsäure sehr gut, und zwar auf unverletzte oder erodirte Stellen 20—30%ig, für grössere ulcerirte Flächen genügt 50—60%. Mitunter erzeugt Pinselung selbst mit 75% sogar Gefühl der Erleichterung. Frisch gesetzte Wunden erhalten mit 75% reiner Milchsäure guten Schorf, der 2 Wochen haftet. Inzwischen wird nicht local behandelt, um unnötige Reizung zu vermeiden. Tuberculöse Wucherungen entfernt man mittels Curette. Nach der Abtragung älterer Granulationen ätzt man mit Milchsäure oder dem Galvanokauter. Infiltrate an der Epiglottis entfernt Verfasser mit der von ihm angegebenen Scheere, welche glatte, nicht gequetschte Schnittränder liefert. Für die Innenfläche der Epiglottis, die Oberfläche der Stimmbänder und der Taschenbänder benützt er den Galvanokauter, niemals aber zur Entfernung grösserer Tumoren. Von Laryngofissur und Tracheotomie sah er nie Nutzen. Im terminalen Stadium der Larynxphthise soll jede Behandlung unterbleiben; nur bei grossen Schluckbeschwerden, Atemnot, quälendem Husten local Orthoform, Morphin, Eucaïn, Cocaïn, eventuell Verschorfung der Geschwüre mit 60—75% Milchsäure unter Cocaïn. Totalexstirpation des schwer afficirten Larynx nur bei gutem Allgemeinbefinden, normaler Temperatur und geringen Lungenveränderungen. Der Kehldeckel kann isolirt entfernt werden, ohne den Schluckakt schwer zu schädigen. Die Verbreitung der Erkrankung, die häufiger im submucösen Lager sitzt als an der Schleimhautoberfläche, geschieht wahrscheinlich durch die Lymphbahnen. Die Prognose der Larynxphthise ist bei rechtzeitiger Behandlung nach Verfasser nicht ungünstiger, als die der Lunge im Frühstadium.

Das Vorstadium der Larynxtuberculose behandelt Dr. Freudenthal im anämischen Stadium mit Einblasung von Zincum sozojodol. (mit Sacch. lactis āā), Pinselung von 3% Lapislösung etc., im hyperämischen Stadium mit Tannin, Alaun und besonders Creosot. 0,5, Spir. vin. 10,0, Glycer. 50,0. Ausgesprochene Fälle mit Ulcerationen etc. behandelt er, wie folgt: Reinigung mit einem indifferenten Spray, Einblasung von Nebennierenextract mit Sacch. lactis zur Erzielung einer präliminaren Anästhesie (Cocaïn hat Freudenthal für diese Fälle ganz aufgegeben), dann Einspritzung einer Menthol-Orthoform-Emulsion nach folgender Vorschrift:

| | |
|---|---|
| Menthol 5,0—10,0—15,0 | (steigend) |
| Ol. Amygd. dulc. | 30,0 |
| Vitelli ovorum | 25,0 |
| Orthoform | 12,0 |
| Aquae dest. | ad 100,0 |

F. emulsio.

Mit der Wirkung dieser Emulsion ist Freudenthal immer mehr zufrieden. Zur Erleichterung der Dysphagie in den allerschwersten Fällen hat Freudenthal das Trinken von etwas Oliven-, Mandel- oder Sesamöl oft sehr wirksam gefunden. Milchsäure sollte nach Autor vollständig aufgegeben werden.

Prof. Hatch (New-York) benützt bei Larynxtuberculose statt des Jodoforms eine concentrirte Lösung von Europhen, das ihm in den meisten Fällen gute Dienste leistete.

Ueber Behandlung der Kehlkopftuberculose von Dr. Besold (Deutsche med. Wochenschr. — Wien. med. Blätter Nr. 31). — Zur Behandlung der Larynxtuberculose von Dr. Freudenthal (Fränkel's Arch. f. Laryng. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 4. Heft). — Ueber die Anwendung des Europhens an Stelle des Jodoforms bei Erkrankungen der Nase und des Rachens, mit besonderer Berücksichtigung der tuberculösen Laryngitis von Prof. Hatch (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 86).

**Keuchhusten.** Dr. Spiess empfiehlt bei Keuchhusten, die Laryngeal- und Trachealschleimhaut zu hypästhesiren, wozu

Digitized by Google

Insufflationen von Orthoform, das in Folge seiner Schwerlöslichkeit über Stunden hinaus hypästhesirend auf die Schleimhaut wirkt, mittels des Kabierski'schen Pulverbläsers angezeigt sind. Das möglichst fein gepulverte Mittel wird durch einen leisen Druck auf den Ballon durch die zwischen die Zähne gebrachte Röhre in Form einer feinen Staubwolke ausgeblasen, am besten während einer Inspiration des Patienten. Die Menge des inhalirten Pulvers ist so gering, so fein verteilt, dass sie kaum einen Reiz im Kehlkopf auslöst. Bei Kindern von drei Jahren aufwärts wird man zweistündlich drei bis vier Inhalationen machen lassen, bei kleineren Kindern aber immer noch drei bis vier Inhalationen im Laufe des Tages, erforderlichen Falles auch noch der Nacht. Die gleichzeitige innerliche Verabreichung von Mitteln, welche die Reflexerregbarkeit herabsetzen sollen, ist zweckmässig, wenn auch nicht unbedingt erforderlich.

Dr. Gilbert hat neun an Keuchhusten leidende Kinder mit Diphtherieheilserum behandelt und war mit dem Erfolge sehr zufrieden. Die Anfälle schwanden nach 10 Tagen. Aehnliche Erfahrungen machten Cerioli in 15 Fällen und Latti in einem Falle.

Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des Keuchhustens von Dr. Spiess (Münchener med. Wochenschr. Nr. 15). — Eine neue Behandlung des Keuchhustens von Dr. Gilbert (Schm. Jahrb. 272. Bd. 10. Heft).

**Klumpfuss.** Unter 500 behandelten Klumpfüssen hat Dr. Vulpius (Heidelberg) bei keinem Knochen aus der Fusswurzel entfernt, stets das modellirende Redressement ausgeführt. Dass letzteres auch bei Erwachsenen nicht versagt, zeigt seine Statistik von 37 Klumpfüssen jenseits des 13. Lebensjahres. Nur muss hier das Redressement auf mehrere Sitzungen verteilt werden, um Zerreissungen und Gangrän zu vermeiden. Wie die Krankengeschichten und Abbildungen beweisen, lassen sich auch schwere Deformitäten beseitigen. Die Jahre lange Beobachtung der Patienten hat ergeben, dass es sich um Dauerresultate handelt.

Ueber die Behandlung des Klumpfusses Erwachsener von Dr. Vulpius (Münchener med. Wochenschr. Nr. 1).

**Knochenplombe.** Um Knochenhöhlen nach Caries- und Osteomyelitisoperationen rasch zur Heilung zu bringen, benützte Prof. v. Mosetig (Wien) wie Dr. Hackmann mitteilt, eine in der Wärme schmelzbare Masse, die folgende Zusammensetzung hat:

| | |
|---|---|
| Cetaceum | 40,0 |
| Ol. sesami | 20,0 |
| Jodoformii | 60,0 oder 30,0. |

Die Masse wird in einem Thermophorapparat zum Schmelzen gebracht und in die möglichst aseptisch gemachte Wunde in flüssigem Zustande eingegossen. Bald nach dem Eingiessen erstarrt die Masse und füllt alle Nischen und Winkel der Höhle vollständig aus und verhindert, dass nach Abnahme der Constrictionsbinde eine stärkere Blutung in die Höhle erfolgt. Ein weiterer Vorteil der Plombe ist ihre antiseptische Eigenschaft, welche sie besonders wertvoll macht dort, wo die Höhle nicht vollständig aseptisch gemacht werden konnte. Aus einer Reihe von Röntgen-Aufnahmen, die in verschiedenen Zeiträumen nach der Operation gemacht wurden, ist weiters zu ersehen, dass die Plombe mit der Zeit resorbirt und durch neugebildetes Knochengewebe ersetzt wird. In manchen Fällen von Caries heilte die Plombe, über welcher die Haut bis auf eine kleine Lücke geschlossen wurde, ohne jede Störung ein, so dass die Restitutio ad integrum in möglichst kurzer Zeit vollzogen war. In einigen Fällen heilte die Plombe nicht ein, sondern wurde nach einigen Tagen ohne weitere Störung der Wundheilung ausgestossen, man bemerkte im Gegenteil, dass die Höhle sich rasch mit kräftigen Granulationen auskleidete.

Die Jodoformplombe von Dr. Hackmann (Wien. klin. Wochenschr. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 8. Heft).

**Krankenpflege.** Unter Prof. Mendelsohn's (Berlin) Leitung und der Mitwirkung von hervorragenden Vertretern der Medicin, aber gleichermassen auch

Digitized by Google

der Verwaltung, der Technik, der Pflegeberufe und aller anderen zur Krankenpflege gehörenden Kreise erschien eine neue Monatsschrift: „Die Krankenpflege". Heute operirt der Arzt — so äussert sich Prof. Mendelsohn in der Einführung — mit der Gestaltung der Atmungsluft, mit der Zusammensetzung der Nahrung, mit den Wirkungen der Ruhe, den Regelungen der Körperbewegung; heute heilt er mit der Anwendung der Wärme und der Kälte, mit der mechanischen Beeinflussung der Körperoberfläche, mit den Einwirkungen des Wassers, der Luft, des Lichtes; heute wirkt er mit der Einflussnahme auf die Seelenstimmung, mit der Ablenkung und Zerstreuung, mit der Zuweisung geeigneter Beschäftigung; heute erzielt er Erfolge mit der Fernhaltung von Schädlichkeiten und die Sorge für Schmerzfreiheit, mit der Erleichterung der Verrichtungen und der Sorgfalt für die Lagerung, mit der Fürsorge für die Reinlichkeit, welche die Asepsis der internen Medicin ist, und mit vielen anderen Dingen mehr. Für alle diese vielfältigen Bestrebungen ein Centralorgan zu schaffen, war die Absicht des Herausgebers.

Ueber Schlaflage und Bettlage schreibt in dieser Monatsschrift Prof. Quincke (Kiel). Für das beste hält Autor eine horizontale Lage des Körpers, auf nicht zu weicher Matratze, mit Ausgleich der Höhlung im Nacken durch ein schmales, weiches Kissen oder eine Rolle. Für den Kranken muss noch mehr als für den Gesunden die flache Lagerung als normal bezeichnet werden, namentlich gilt dies für den Fieberkranken, denn mit der Flachlage werden die Muskelkräfte des Kranken wie die Arbeitsleistung des Herzens am besten geschont, wird durch Verbreiterung der aufliegenden Fläche dem Decubitus am wirksamsten vorgebeugt, wird bei sehr schwachen das Herunterrutschen und Zusammensinken und die dadurch bedingte Erschwerung der Respiration verhütet. Freilich erleidet diese allgemeine Regel mannigfache Ausnahmen. Bei vielen pathologischen Zuständen ist es nötig, dem Kranken eine mehr oder weniger sitzende Stellung zu geben, z. B. bei Hyperämien des Gehirns, sowie namentlich zur Erleichterung der Atmung und der Expectoration. Meist wird man sich hier von dem subjectiven Empfinden des Kranken leiten lassen dürfen, manchmal muss freilich auch vorgefasste Meinung überwunden werden, und ist der Kranke von der Erleichterung, welche zeitweiliges Flachliegen ihm gewährt, überrascht.

Prof. Nothnagel (Wien) bezeichnet den Alkohol als ein wichtiges Mittel bei der Behandlung fieberhafter Zustände, namentlich der länger sich hinziehenden. Sorgfältige Beobachtungen haben nämlich gelehrt, dass der Alkohol allerdings ein subjectives Gefühl von Wärme und Rötung des Gesichts erzeugt, aber die Körpertemperatur, wie wir sie objectiv mit dem Thermometer messen, keineswegs erhöht, in grossen Mengen sogar etwas erniedrigt. Doch wird wegen der etwaigen temperaturerniedrigenden Wirkung der Alkohol nicht gegeben, sondern vielmehr deshalb, weil derselbe bei Fieberzuständen, wo die Verdauungsfähigkeit für die Nahrungsmittel meist stark beeinträchtigt ist und die Körpersubstanz selbst in erhöhtem Grade verbraucht wird, in einer hier nicht näher auszuführenden Weise als Brennmaterial dient und den übermässigen Verbrauch der Körpersubstanz beschränkt. Er dient also, obgleich er selbst kein Nahrungsmittel ist, als teilweiser Ersatz für mangelhafte Zufuhr der Nahrung. Dass alkoholische Getränke im Verlaufe von Fiebern noch aus anderen Gründen, namentlich als Reizmittel für das Herz gegeben werden, ist ein Gesichtspunkt, welcher hier nicht in Betracht kommt. Man gibt bei schweren und längeren Fieberzuständen den Alkohol regelmässig und täglich. Meist wählt man die schweren Weine (Portwein, Ungarwein, Sherry, Madeira, Marsala u. s. w.), von denen man $^1/_4$—$^1/_2$ l täglich reicht; von leichteren Weinen (Bordeaux u. s. w.) entsprechend mehr. Besteht Durchfall, so müssen namentlich die leichteren Weissweine (Mosel, Pfälzer, neue Rheinweine u. dgl.) vermieden werden. Zweckmässig ist die Darreichung von Cognac, Rum, Arrac, selbst Branntwein (bei Männern), welche man in entsprechend kleineren Mengen rein, oder mit Wasser und Milch gemischt, gibt.



Digitized by Google

Die Prof. Schleich'schen Spritzen haben 5 und 10 g Inhalt. Da sie oft einen grossen Widerstand im Gewebe finden, müssen sie mit einem Querkolben armirt sein. Bei Spritzen mit gewöhnlichem Kolben muss letzterer vor dem Gebrauch unter allen Umständen durch Hindurchziehen von Aether und Alkohol von den ihm anhaftenden Oelresten befreit werden, weil sonst der Eintritt der Anästhesie nicht gewährleistet werden kann. In der Schleich'schen Klinik selbst werden seit mehreren Jahren Spritzen angewendet, die vollständig auseinander zu nehmen sind, nur aus Glas und Nickel bestehen und durch Gummi gedichtet sind. Sie sind unmittelbar vor dem Gebrauche für ein paar Stunden in heisses Wasser zu legen, damit der Kolben aufquillt, weil er sonst nicht schliesst. Die aus Glas und Nickel bestehenden Spritzen sind nach dem Gebrauch auszukochen, bei Hartgummispritzen muss man sich auf häufiges Durchziehen von heissem Wasser und nachher absolutem Alkohol nach dem Gebrauch beschränken. Canülen muss man in verschiedener Stärke vorrätig halten.

Für solche Fälle, wo aus irgend einem Grunde die Operation eines Prolapses ungeeignet erscheint, empfiehlt Dr. Rosenfeld (Wien) ein Pessar, das sich ihm in vier Fällen bewährt hat, wo andere Pessare versagten. Das sogenannte „Zapfenpessar" besteht aus einem schüsselförmigen Ring, wie die Hysterophore ihn tragen, aus Hartgummi mit einem hohlen, abgerundeten und durchlochten Zapfen. Zu haben bei der Firma Leiter in Wien.

Ein neuer Scheiden- und Heisswasserspüler wird von Dr. Hasse (Diedenhofen) angegeben. Derselbe besteht aus einem birnenförmig sich verjüngenden Glasballon, durch den eine doppelte Glasröhre führt, deren Schenkel am breiten Pole des Ballons nach oben und unten abgebogen sind als Ab- und Zuflussrohre vom Irrigator. Als Vorteile dieses Scheidenspülers führt Verfasser seine geringe Zerbrechlichkeit (Hartglas) und leichte Reinhaltung an, sowie die Möglichkeit, ihn für alle Weiten des Introitus anwenden und durch Druck auf das Abflussrohr eine systematische Reinigung der Scheide bei maximaler und durch den Glasballon zu beobachtender Dilatation der Scheide vornehmen zu können. Ferner die Verhütung einer Verbrennung der äusseren Genitalien durch die doppelte (Luft- und Glas-) Schicht, die zwischen den Scheideröhren und der Haut sich finden, sowie schliesslich die Möglichkeit, ohne Gefahr einer Benutzung der Unterlage die Spülungen auch in der Bettlage vornehmen zu können. Der Apparat wird von F. A. Eschbaum, Bonn a. Rh., in den Handel gebracht.

Dr. Ledermann (Berlin) demonstrirte der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Breslau ein Becken, welches dazu dient, die bei Harnröhren- oder Blasenspülungen während der Spülung abfliessende Flüssigkeit aufzufangen. Der Vorzug desselben liegt darin, dass es sowohl bei halber als ganzer Rückenlage der Patienten auf dem Operationsstuhl oder im Bett sich von selbst festhält und verwendet werden kann, ohne dass selbst unruhige Kranke in Gefahr geraten, von der ausfliessenden Flüssigkeit beschmutzt zu werden. Das Spülbecken wird vom Medicinischen Waarenhaus in Berlin hergestellt.

Statt des Corsetts empfiehlt Dr. Witthauer eine von ihm construirte neue Bandage, deren Vorteile hauptsächlich darin bestehen sollen, dass am oberen und unteren Rande je vier keilförmige Einschnitte angebracht sind, welche durch Schnüre beliebig weit gestellt werden können und so gestatten, die Binde möglichst genau den Körperformen anzupassen.

Wie Dr. Hellbig (Zerkowitz) mitteilt, können Zinkwannen unter folgenden Voraussetzungen ohne Weiteres zu Schwefelbädern benutzt werden. Man darf nicht ganze Stücke des unreinen Schwefelkaliums dem Badewasser zufügen, sondern muss die Schwefelverbindung vorher in einem thönernen oder gläsernen Gefässe mit wenig Wasser zerfliessen lassen und unter weiterem Zusatz von Wasser mit einem Stück Holz zerrühren, bis eine gleichartige Lösung entstanden ist. Ferner muss alsbald nach dem Bade die Wanne ausgespült und durch Abwischen gereinigt werden. Für ein Bad

Digitized by Google

genügen übrigens in den meisten Fällen 50 g Schwefelleber und 7—10 g roher Schwefelsäure.

Einen neuen Kindermilch-Kochtopf liess Dr. Prechtl (München) herstellen. Derselbe besteht aus zwei Töpfen, einem grösseren von Blech und einem kleineren von Glas. In den grösseren wird der kleinere Topf mit Milch auf einen Rost gestellt und ersterer hierauf mit Wasser so weit gefüllt, bis der Glastopf $^2/_3$ unter Wasser steht. Der Glastopf besitzt nun einen Deckel, der nahezu hermetisch abschliesst und den man behufs Herausgiessen der Milch nicht abzuheben, sondern nur umzudrehen braucht, so dass die Milch vor Verunreinigungen geschützt ist. Autor hat diesen Apparat seit nahezu einem Jahre mit sehr gutem Erfolge gebrauchen lassen.

„Die Krankenpflege", herausgegeben von Prof. Mendelsohn. Verlag von G. Reimer in Berlin. — Ueber Schlaflage und Bettlage überhaupt von Prof. Quincke (Die Krankenpflege 1. Heft). — — Ueber die Krankenpflege Fiebernder von Prof. Nothnagel (Krankenpfl — Centralbl. f. d. ges. Ther. 4. Heft). - Neue Methoden der Wundbehandlung und Präparate für dieselben von Prof. Schleich (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 75). — Zur Pessartherapie bei Prolapsus uteri et vaginae von Dr. Rosenfeld (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 49). — Ein neuer Scheiden- und Heisswasserspüler von Dr Hasse (Centralbl. f. Gynäk. — Aerztl Praxis Nr. 7). — Ein neues Spülbecken für Harnröhren- und Blasenspülungen von Dr. Ledermann (Med. Woche Nr. 26). Corsett- und Leibbinde von Dr. Witthauer (Ther. Monatsh. 5. Heft). — Schwefelbäder in Zinkwannen von Dr. Hellbig (Medico Nr. 10. — Ein neuer Kindermilch-Kochtopf von Dr. Prechtl (Medico Nr. 9).

**Kühlpasten.** Dr. Unna (Hamburg) unterscheidet drei Categorien von Kühlpasten. I. Die beim Kopfekzem auf seborrhoischer Grundlage der Kinder favorisirte Schwefelkieselguhrpasta:

| | |
|---|---|
| Zinc. oxyd. Sulfur. depurat. | āā 15, |
| Terrae siliceae | 10, |
| Adipis lanae | 20, |
| Ol. vapor. | 10, |
| Aq. destillat. | 30, |

die neben der austrocknenden noch eine erwünschte Kühlwirkung äussert. Eine II. Gruppe von Kühlpasten basirt auf der Thatsache, dass reichlicher Zusatz von gut aufsaugendem Puder, am besten Magnesia carbonica ohne Fett die Verbindung von Vaseline und Wasser zu einer guten Kühlpasta vermittelt, nach dem Grundrecept:

| | |
|---|---|
| Magnes. carbon. | 2,5, |
| Aq. destillat. | 5, |
| M. adde Vaselini | 5, |

in welchem das Wasser einerseits auch durch Blei- oder Kalkwasser, das Vaselin durch Glycerinfette ersetzt werden kann. Eine III. Art von Kühlpasten ergibt sich durch reichlichen Zusatz von Zinkoxyd und Kreide zu dem altbekannten Kalkwasser-Leinölliniment. Es ist die Pasta Zinci mollis, von welcher drei Präscriptionen existiren; die brauchbarste lautet:

| | |
|---|---|
| Ol. lini | |
| Aq. calcis | āā 20, |
| Zinc. oxydat. | |
| Cretae praepar. | āā 30. |

Dieselbe ist mit Säuren, Phenolen und Salzen nicht, wohl aber mit Schwefel (10%), Chrysarobin (10%), Perubalsam (10%), Ol. cadin (5%), Pix liquid (10%), Extract. cannab. indic. (5%), Extr. Opii (6%), Menthol (2%), Cocaïn basic. (0,5—1%) mischbar. Die Pasta Zinci mollis ist besonders geeignet, stark gereizte, feuchte, hyperämische, ödematöse und schmerzende Haut zur Norm zurückzuführen, also bei Eczema acutum intertriginosum, madidans universale, Combustio bullosa, Dermatitis arteficialis. Autor hält diese Pasta in solchen Fällen, die nach Hebra bislang meist mit Puder allein — nach Ansicht Unnas eine rein exspectative Therapie — nach Kaposi u. a. eventuell auch mit verdünnter essigsaurer Thonerde etc. behandelt wurden, wirksamer. Bei vorhandenen oder zu gewärtigenden Folliculitiden als Begleiterscheinung der angeführten dermatopathischen Zustände ist der Zusatz von ca. 2% Schwefel und Ichthyolsulfon zur weichen Zinkpaste rätlich.

Kühlpasten von Dr. Unna (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 11).



Digitized by Google

# L.

**Leberchirurgie.** Dr. Fränkel (Nürnberg) berichtet über die subcutane Leberruptur und deren Behandlung durch primäre Laparotomie im Anschlusse an drei diesbezügliche eigene Beobachtungen. Bezüglich der Diagnose ist der primäre Schock, die Anämie, die Erscheinungen von Reizung des Peritoneums (Erbrechen, Aufstossen), besonders Contractur der Bauchdecken und der characteristische rechtsseitige, in die Schulter ausstrahlende Schmerz zu erwähnen; Icterus kommt nur im Anfang vor (überhaupt nach Edler nur in 22,8% der subcutanen Leberrupturen). Besonders die von Stunde zu Stunde zu vergleichende Beurteilung des Pulses, der Nachweis eventuell zunehmenden Blutergusses (Dämpfung in den abhängigen Partien des Abdomens), allmähliches Verschwinden der vorher normalen Leberdämpfung müssen für die Therapie maassgebend sein. Des Opiums soll man sich stets enthalten, auch mit Excitantien sehr zurückhaltend sein, allein frühzeitige Operation kann die Prognose bessern. Schock darf davon nicht abhalten. Die Naht lässt sich an der Leber Erwachsener nicht nur gut ausführen, sondern gewöhnlich kommt auch dadurch die Blutung sicher zum Stillstand, doch soll man sich stumpfer Nadeln bedienen und die ganze Wundtiefe bei der Naht durchstechen, eventuell die Nahtlinie mit dem Tampon bedecken. Zur Blosslegung führt man am besten den gewöhnlichen Laparotomieschnitt in der Linea alba und dazu winkligen entlang des rechten Rippenbogens, wenn nötig müssen Rippen resecirt, eventuell das Lig. suspens. hepatis getrennt werden, um zu dem Riss gelangen zu können. Wo die Leberzerreissung mit sehr gequetschten Wundrändern und Zertrümmerungsherden einhergeht, somit die Gefahr besteht, dass einzelne Stellen zur Nekrose kommen, ist die Tamponade am Platz mit herausgeleitetem Tamponende. Nach Versorgung der Leberruptur wird der subphrenische Raum und die Bauchhöhle mit feuchten sterilen Compressen ausgewischt oder mit steriler Kochsalzlösung ausgespült.

Dr. Wilms (Leipzig) teilt 19 Krankengeschichten von Leberrupturen mit. Auf 16 Todesfälle entfielen nur 3 Heilungen. Das Hauptcontingent der Verletzten waren Bahnarbeiter, welche beim Rangiren zwischen die Puffer zweier Wagen geraten waren, und Kutscher, welche meist vom eigenen Wagen überfahren wurden. Meist war der rechte Leberlappen betroffen. Die Risse hatten mannigfaltige Form, meist waren es Längsrisse. Es kamen auch abgeschlossene Zertrümmerungsherde innerhalb der Leber vor. Diese intrahepatischen Zerreissungen nennt man fälschlich Leberapoplexien. Man fand häufig bei der Obduction, dass die Venenstämme innerhalb der Leber im Bereiche der Ruptur in grösserer Ausdehnung vollkommen frei lagen, wie wenn sie herauspräparirt wären.

Dr. Filippini (Brescia) veröffentlicht zwei Fälle von Totalresection des linken Leberlappens, beide mit glücklichem Ausgang. In dem einen Falle handelte es sich um ein cavernöses Angiom von $2^1/_2$ kg, im anderen um ein Carcinom. Filippini erörtert die noch nicht allzu reichliche Casuistik der Leberresectionen. Bis jetzt seien sechs Fälle von Totalresection des linken Lappens bekannt geworden. Im Gegensatz zu anderen Autoren glaubt Filippini die einzeitige Resection empfehlen zu können. Die elastische Ligatur wird nach Trennung der Leberligamente doppelt um den zu entfernenden Teil gelegt und bleibt liegen bis zur definitiven Nekrose des abgeschnürten Leberlappens, welcher in Gestalt eines Stieles extraperitoneal gelagert wird. Die Blutung ist auf diese Weise eine minimale. Auch sollen lästige Adhäsionen, Hernien und Ptosis der Leber nach Filippini bis jetzt (zwölf Monate

Digitized by Google

nach der Operation) nicht eingetreten sein.

Dr. Kümmell stellte dem ärztlichen Vereine zu Hamburg einen Fall von Lebercirrhose vor, bei dem er durch Laparotomie den Ascites entfernt und nach Talma durch Netzfixation an der vorderen Bauchwand neue Collateralen zwischen Pfortadersystem und Vena cava inferior geschaffen hat. Die bisher gewonnenen Erfolge ermutigen zu weiteren Versuchen. Kümmell selbst hat sechs derartige Fälle operirt und ist mit den Resultaten zufrieden. Von den 15 bisher in der Litteratur bekannten Fällen sind fünf geheilt, vier wesentlich, zwei etwas gebessert, die übrigen starben, bezw. sind nicht lange genug beobachtet.

Auch Dr. Welp teilt einen Fall von Lebercirrhose mit, bei dem Prof. Kehr die Talma'sche Operation mit Erfolg ausführte. Die Diagnose Lebercirrhose muss nach Autor unbedingt sicher gestellt sein, wenn nicht das Resultat enttäuschen soll. Urobilinurie, Icterus, Acholie oder Hypocholie der Fäces, Xanthoma und andere Hautpigmentirungen sind mehr oder weniger schwer wiegende Contraindicationen, ebenso wie auch Complicationen von Seiten des Herzens und der Nieren die Operation nicht indicirt erscheinen lassen. Die Operation soll möglichst früh vorgenommen werden. Wo die medicamentöse Behandlung erfolglos war, möge man nach Autor statt der Punction gleich die Operation vornehmen.

Dr. Hirschberg (Frankfurt a. M.) hat einen Fall von hypertrophischer Lebercirrhose operativ behandelt. Es ist nach Hirschberg eine erwiesene Thatsache, dass bei dieser Krankheit die Leberzellen selbst lange intact bleiben und dass in vielen Fällen erst durch den Druck der in den Lebergallengängen gestauten Galle eine Schädigung des Lebergewebes mit den schweren, zum Tode führenden Folgeerscheinungen herbeigeführt wird. Die Behandlung muss sich deshalb das Ziel setzen, die innerhalb der Leber gestaute Galle nach aussen zu leiten. Da der Gallenausführungsgang weder verschlossen noch verengert war, da auch die Gallenblase nicht stark angefüllt war, so mussten die Lebergallengänge selbst durch das Lebergewebe hindurch eröffnet werden. Dies führte Hirschberg in der Weise aus, dass er einen Bauchschnitt machte und dann eine Oeffnung in die Leber von Fingerlänge und Fingerweite anlegte, aus der die Galle in starkem Strom ausfloss. Der Canal in der Leber wurde durch Gazestreifen verstopft, deren Enden zur Bauchwunde herausführten. Nach Entfernung derselben am fünften Tage blieb eine Bauchdecken-Lebergallengangsfistel zurück, aus der anfangs sehr reichlich, später mässig die Galle ausfloss und die am 30. Tage sich schloss. Das Befinden des vor nahezu einem Jahre Operirten ist ein gutes, er hat 25 Pfund zugenommen.

Prof. Naunyn (Strassburg) hält den Pessimismus der Prognose weder für die atrophische noch die hypertrophische Lebercirrhose für berechtigt. Bei beiden kommen Spontanheilungen zuweilen vor. Es ist sehr fraglich, ob es sich in dem Falle des Vortragenden um eine hypertrophische Cirrhose gehandelt hat. Dagegen spricht vor Allem, dass die harte Consistenz der Leber gefehlt hat. Wahrscheinlich hat es sich um eine infectiöse Cholangitis gehandelt.

Prof. Rosenstein (Leiden) bezweifelt gleichfalls die Diagnose, weil auch der Icterus gefehlt hat, gastrische Störungen im Beginne vorhanden waren u. A. m. Wenn also auch der Fall für die Möglichkeit der operativen Heilung der echten Hanot'schen Cirrhose nichts beweist, so weist er doch darauf hin, wie ihrer Entwicklung vielleicht Einhalt zu thun ist, wenn eine andauernde Gallenstauung ihrer Entstehung Vorschub zu leisten im Begriff ist.

Ueber die subcutane Leberruptur und deren Behandlung durch primäre Laparotomie von Dr. Fränkel (Beitr. z. klin. Chir. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 27). — Zur Behandlung der Leberrupturen von Dr. Wilms (Deutsche med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 41). — Ueber zwei Resectionen des ganzen linken Leberlappens von Dr. Filippini (Il policl. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 38). — Dr. Kümmell über Lebercirrhose im ärztlichen Verein zu Hamburg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 47). — Die Talma'sche Operation bei Lebercirrhose von Dr. Welp im Elften Jahresbericht der Kehr-Rhoden'schen Privatklinik in Halberstadt. — Dr. Hirsch-

Digitized by Google

berg, Prof. Naunyn und Prof. Rosenstein über die operative Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose auf dem Congresse für innere Medicin zu Berlin (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 22).

**Lecithin.** Dr. Gilbert und Dr. Fournier stellten Versuche mit Lecithin an. Das Mittel wurde in Pillenform und zwar in Gaben von 0,1—0,5 angewendet, oder es wurden Lösungen von Lecithin in sterilem Olivenöl in Dosen von 0,05 – 0,15 alle zwei Tage subcutan injicirt. Die Versuche wurden an Tuberculösen mit ein- oder doppelseitigen Läsionen und an Neurasthenikern gemacht. Die bei ersteren erzielten Resultate bestanden in Vermehrung des Appetits, bedeutender Gewichtszunahme (in einem Falle trotz intensiven Fiebers), Besserung des Allgemeinbefindens. In zwei Fällen verminderte sich auch der Husten und Auswurf, sowie die im Sputum enthaltenen Bacillen. Bei den Neurasthenikern constatirten die Untersucher Zunahme der Kräfte, der Lust an Thätigkeit, Vermehrung des Appetits und bemerkenswerte Besserung des Allgeineinbefindens. Niemals zeigte sich auch bei längerem Gebrauch eine schädliche Einwirkung des Lecithins.

DDr. Gilbert und Fournier über das Lecithin in der Société de biologie (Presse méd. — Ther. Monatsh. 11. Heft).

**Lepra.** Nach den Beobachtungen von Prof. Hallopeau (Paris) können die Leprakranken, welche einer intensiven Behandlung mit Chaulmograöl unterzogen werden, eine der Heilung fast gleichkommende Besserung aufweisen; häufig jedoch zeigen sie noch weiterhin Erscheinungen, wenn auch ausgesprochen gutartiger Natur. Dies Medicament übt also einen günstigen Einfluss auf die Lepra aus, derselbe ist aber keineswegs so ausgesprochen specifischer Natur, wie der des Hg auf Syphilis oder des Chinins auf Malaria. Die intramusculäre Injection ist bei den Kranken, die sie vertragen können, vorzuziehen; sie ist oft schmerzhaft und kann Fieber und Embolien verursachen, so dass der rectale Weg versucht werden sollte.

Dr. Du Castel hebt als Vorteil der hypodermatischen Injectionen von Chaulmograöl hervor, dass sie den Magen nicht belästigen; andererseits ist jede Injection schmerzhaft, verursacht oft eine dauernde Induration, so dass es nötig ist, die Behandlung zu unterbrechen. Ausserdem ist die grosse Gefahr der Lungenembolie vorhanden. Die Kranken müssen bezüglich der Behandlung in zwei Kategorien geteilt werden; bei der ersten, der tuberculösen Form, sei das Chaulmograöl wirksam; bei der zweiten, der nervösen Form, weniger wirksam. Jedenfalls sollte dies Mittel nur ausnahmsweise bei schweren Fällen, bei welchen die anderen Behandlungsarten versagt haben, angewandt werden.

Prof. Hallopeau und Dr. Du Castel über Behandlung der Lepra mit Chaulmograöl in der Académie de médicine zu Paris (Münchener med. Wochenschrift Nr. 14).

**Lichttherapie.** Ueber die Lichtbehandlung von Hautaffectionen, besonders von Lupus, nach der Finsen'schen Methode berichtet Prof. Lesser (Berlin). Bei der Lichtbehandlung kommen nach Autor zwei Eigenschaften des Lichtes in Betracht: die gewebsschädigende und dadurch entzündungserregende und die bakterientödtende Wirkung des Lichtes. Während Finsen ursprünglich das Hauptgewicht auf die baktericiden Eigenschaften der chemisch wirksamen Strahlen legte, neigt sich die Meinung jetzt mehr und mehr dazu, die gewebsschädigende, entzündungserregende Wirkung in den Vordergrund zu stellen. Was nun die Lupusbehandlung anlangt, hängt die Güte des Erfolges bei der einzelnen Methode davon ab, inwieweit es möglich ist, die Schädlichkeit des angewendeten Mittels so abzustufen, dass dasselbe die kranken Partien so vollständig wie möglich zerstört, während die gesunden Partien keine dauernde Schädigung erleiden. Dass die Finsen'sche Behandlungsmethode in dieser Hinsicht allen anderen local zerstörenden Methoden überlegen ist, darüber kann nach Autors Ansicht schon jetzt kein Zweifel mehr bestehen. Nach Schilderung der Technik gibt Autor eine Uebersicht über die Fälle, welche in dem mit der Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Berlin in

Digitized by Google

Verbindung stehenden Institut für Lichtbehandlung nach der Finsen'schen Methode behandelt worden sind. Ueberall liessen sich Fortschritte constatiren, die bei den länger behandelten Kranken ganz erheblich sind und welche die in Kopenhagen gemachten Erfahrungen vollauf bestätigen.

Als Bedingungen, welche die Behandlung von Hautkrankheiten mit concentrirten chemischen Lichtstrahlen nach der Methode von Finsen erschweren und den Erfolg unsicher machen, führen Dr. Moris und Dr. Dore an: Starke Narbenbildung in den zu behandelnden Partien sowie Pigmentirung und Gefässreichtum, weswegen die Strahlen nicht tief genug dringen können; ebenso tiefe Lage unterhalb der Hautoberfläche; ferner ungünstiger Sitz, etwa in der Nähe der Augen, die gegen die chemischen Strahlen schwer zu schützen sind, und auf den inneren Schleimhäuten. Bei grosser Ausdehnung der kranken Hautpartien zieht sich die Behandlung sehr in die Länge, manchmal bis zu einem Jahre. Dennoch werden die Nachteile bei Weitem durch die Annehmlichkeit und die günstigen Erfolge dieser Behandlungsmethode überwogen.

Eine Lampe für Lichttherapie nach einem neuen Principe beschreibt Dr. Bang (Kopenhagen). Verfasser machte sich die Aufgabe, eine Bogenlampe derart zu construiren, dass sie ein kaltes Licht, das möglichst reich an ultravioletten Strahlen, aussendet. Es gelang eine solche Lampe zu construiren, indem man Metalle mit passenden spectralen Eigenschaften, z. B. Eisen, dessen Spectrum sehr reich an den betreffenden Strahlen ist, als Elektroden verwendet und die Elektroden durch Wasser energisch abkühlt, entweder so, dass die Elektroden hohl sind und vom Wasser durchflossen werden, oder dass die Elektroden in ein passend construirtes Gefäss mit Wasser eintauchen. Während bei den gewöhnlichen Kohlenelektroden die grösste Menge des Lichtes von den glühenden Kohlenspitzen ausgeht, bekommt man nach Verfasser durch die neuen Elektroden ein wirkliches Bogenlicht, indem fast nur der Bogen zwischen den Elektroden die Strahlen aussendet. Die bakterientödtende Kraft dieses Lichtes ist sehr gross.

Einen sehr einfachen Apparat für die Anwendung der chototherapeutischen Methode Finsen's construirten Dr. Lortet und Dr. Genoud. Derselbe besteht aus einer Laterne, in der ein elektrischer Bogen mit constantem Strom so angeordnet ist, dass derselbe sein gesammtes Licht auf einen mit Wasser gefüllten Ballon wirft. Dieser ruht in einem metallischen Gehäuse, welches vermittelst Bolzen an der Laterne befestigt ist. Bei ihrer Passage durch den Ballon werden nun die divergirenden Strahlen des elektrischen Lichtbogens convergent. Durch Annäherung oder Entfernung des gegen die Lichtquelle beweglichen Ballons gegen die erstere kann man die Concentration der Lichtstrahlen leicht abstufen. Das im Ballon enthaltene Wasser hat den Zweck, die Wärmestrahlen zu absorbiren, was auch fast vollständig gelingt, so dass das Lichtbündel im Concentrationspunkt fast nur die chemischen und sichtbaren Strahlen enthält. Die wenigen Wärmestrahlen, die der Absorption entgangen sind, werden durch den Compressor neutralisirt, den man auf die Stelle applicirt, welche der photochemischen Einwirkung ausgesetzt werden soll, da in diesem stets ein Strom kalten Wassers circulirt. Ausserdem kann das im Ballon enthaltene Wasser vermöge einer einfachen Anordnung leicht erneuert werden, um seine Erwärmung zu verhüten. Der ganze Apparat ist sehr compendiös und kann bequem überall Aufstellung finden. Der zur Anwendung kommende elektrische Bogen verbraucht kaum 10—12 Ampère, während für die Finsen'sche Einrichtung 70—80 Ampère nötig sind.

Untersuchungen über die baktericide Wirkung der ultravioletten Strahlen stellte Dr. Strobel an. Um die Strahlen des Bogenlichtes zu verwerten, ersann Autor eine Methode, welche anders als bei Finsen die Wärmestrahlen unschädlich macht. Die Abkühlung wird nämlich durch Pressluft erzielt, die Wasserspülungen kommen in Fortfall; die zu bestrahlende Fläche wird ausserdem in die Brennebene der ultravioletten Strahlen gebracht, so dass auch dadurch die Wärmewirkung der ultraroten bis grünen Strahlen

Digitized by Google

abgeschwächt wird. Durch diese Anordnung wird die Zahl der die ultravioletten Strahlen absorbirenden Medien sehr vermindert. Nimmt man in der Bogenlampe statt der beiden Kohlenelektroden die positive Elektrode aus Aluminium, Cadmium oder einem Zinkkohlengemisch, so werden noch erheblich mehr ultraviolette Strahlen erzeugt, wodurch die Leistungsfähigkeit der Methode noch erhöht wird.

Dr. Bleyer (New-York) verwendet die baktericide Wirkung der ultravioletten Strahlen zur Behandlung von Lungentuberculose. Er hat elektrisches Bogenlicht zu diesem Zwecke verwendet und eigene Lampen zur Erzeugung violetter Strahlen construirt. Von den 60 Fällen von Lungentuberculose, die mit dem Lichte behandelt wurden, sollen 40 geheilt worden sein, und bei 20 machte die Krankheit einen Stillstand, insoweit es die schon zu Beginne der Behandlung vorhandenen pathologischen Veränderungen zuliessen. Mit Licht (elektrischem Bogenlichte oder directem Sonnenlichte), hygienischer Ernährung, frischer Luft, Uebung und entsprechenden Medicamenten sollen 75% unserer tuberculösen Kranken heilbar sein, wobei freilich nicht an eine Restitutio ad integrum gedacht werden kann, da sich ja manche Läsionen, respective pathologische Veränderungen nicht mehr beseitigen lassen. Einzelne Fälle könnten vollkommen geheilt werden, ein grosses Procent der Kranken, wenn es sich in einem frühen Stadium einer mehrmonatlichen Behandlung unterwirft. Diese Lichttherapie, täglich eine Stunde lang, passt am besten für Spitäler und Sanatorien. In warmen Gegenden, beziehungsweise im Sommer kann man auch die Kranken täglich etwa zwei Stunden lang direct dem Sonnenlichte aussetzen. Erst liegt der Kranke auf dem Rücken, sodann nimmt er Bauchlage ein. Kopf und Nacken werden, wenn notwendig, durch blaue oder gelbe Schirme gegen die Sonnenstrahlen geschützt. Diese Methode ist auf dem Lande (Zelte) leicht anwendbar.

Dr. Minin (St. Petersburg) glaubt auf Grund seiner Erfahrungen bezüglich der therapeutischen Wirkung des blauen elektrischen Lichtes folgende zwei Thesen aufstellen zu können: 1. Das Licht eines blauen Glas-Glühlämpchens von 16 Kerzen Lichtstärke übt eine zweifache Wirkung aus: eine schmerzstillende und resorbirende. 2. Hinsichtlich der Intensität und der Raschheit der therapeutischen Wirkung hat das Licht unter den übrigen gegenwärtig bekannten schmerzstillenden Mitteln kein Analogon. Autor hat die schmerzstillende Wirkung des blauen elektrischen Lichtes statt Cocaïnlösung angewandt, um Incisionen schmerzlos zu machen und Wunden schmerzlos zu vernähen, und zwar, wie durch einige instructive Beispiele dargethan wird, mit bestem Frfolg. Es handelte sich um Personen verschiedener Erziehung und verschiedener socialer Stellung, so dass an eine Suggestion nicht gedacht werden konnte. Uebrigens führte das blaue elektrische Licht nicht nur vollständige Anästhesie bei Vernähung von Wunden herbei, sondern förderte auch die Heilung derselben per primam, was der Schleich'schen Lösung nicht nachgerühmt werden kann.

Dr. Lindemann (Berlin) unterscheidet dreierlei Wirkung bei der Behandlung mit Glüh- und Bogenlichtkästen, sowie mit Bestrahlungsapparaten und zwar 1. die den Körper beeinflussende Wirkung der Wärme, welche speciell als strahlende Wärme einen besonderen taktischen Hautreiz auszuüben scheint, 2. die specifische Lichtwirkung, wie Lindemann die baktericide nennen möchte, und 3. eine suggestive Wirkung, wie sie besonders der Phototherapie eigen ist und der wir uns auch sonst oft, zumal bei nervösen Leiden, mit Vorteil bedienen. Die Glüh- und Bogenlichtbäder bewirken nach Lindemann eine Anregung der Circulation des Stoffwechsels, besonders der Schweissecretion, und zwar wirken die Glühlichtbäder mehr erregend, als die Bogenlichtbäder. Die Bäder erweisen sich heilkräftig vor allem bei Blutarmut, chronischem Gelenkrheumatismus, Gicht, Ischias; sie eignen sich auch zur Unterstützung von Entfettungscuren und können schliesslich prophylaktisch anstatt der Dampfbäder angewandt werden, deren unerwünschte Nebenwirkungen (Kopfcongestionen etc.) ihnen nicht anhaften. Die

Digitized by Google

Bestrahlungsapparate, in denen Bogenlicht von 15—30 Ampère Stärke auf die Haut reflectirt wird, wirken als intensiver Hautreiz durch Concentration der strahlenden Wärme auf die Haut (active Hauthyperämie) sowie corrosiv. Und dann haben sie eine unmittelbar bakterientödtende Wirkung, welche sich therapeutisch mit Erfolg verwerten lässt zur Heilung von schlaffen, atonischen Geschwüren, Acnepusteln, Furunkeln etc. Intensiver baktericid wirkt, zumal bei Lupus, das Finsenlicht, bei welchem ein Bogenlicht von 40 bis 80 Ampère Stärke zur Verwendung kommt.

Dr. Laquer (Frankfurt a. M.) verwendet in seiner nervenärztlichen Praxis einen offenen Glühlichtkasten (Heliodor), der an einem metallenen Stativ von 1,20 m Höhe und wagerechtem Griff nach allen Richtungen hin verschieblich und drehbar ist und sechs sechzehnkerzige Glühlampen enthält. Die Anwendung von solchen örtlichen elektrischen Licht- und Wärmereizen übt nach Autor's Erfahrungen auf die unbedeckte oder leicht mit weissem Unterzeug verhüllte Oberhaut, wenn die Temperatur 40—50° C. nicht überschreitet, eine beruhigende Wirkung auf Neuralgien und auf sonstige sensible und motorische Reizerscheinungen aus und wirkt anregend bei einzelnen Formen von functionellen Nervenstörungen. Der offene Lichtkasten wird von dem Elektrotechnischen Institut zu Frankfurt a. M. hergestellt.

Die Indicationen der Sonnenbäder sind nach Dr. Hellmer (Wien) dieselben, wie aller anderen wärmezuführenden Proceduren. Kurze Sonnenbäder empfehlen sich bei allgemeiner Atonie, Anämie, Chlorose und depressiven Neurosen; längere bei träger Circulation und Störungen derselben, bei Stoffwechsel-Erkrankungen wie Adipositas, uratischer Diathese, bei Dyskrasien, wie Scrophulose, inveterirter Lues, bei Gelenks- und Muskelrheumatismus, bei Neuralgien, rückständigen Entzündungsprodukten, bei Intoxicationen, insbesondere mit Blei, Quecksilber, Arsen und endlich bei einer grossen Reihe von chronischen Dermatonosen mit derben torpiden Infiltraten, wie chronisches Ekzem, Acne indurata, Sclerodermie, Prurigo etc. Eine Contraindication geben alle acut fieberhaften Erkrankungen, hochgradige Schwäche, alle Consumptionskrankheiten und pseudoplastischen Processe, schwere Formen von Atheromatose, anatomische Erkrankungen des Centralnervensystems und Neigung zu Blutungen.

Ueber die Lichtbehandlung von Hautaffectionen nach der Finsen'schen Methode von Prof. Lesser (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 5. Bd. 6. Heft). — Bemerkungen über Finsen'sche Lichtbehandlung bei Lupus und Ulcus rodens von DDr. Maris und Dore (Brit. med Journ. — Ther. Monatsh. 5. Heft). — Eine Lampe für Lichttherapie nach einem neuen Prinzip von Dr. Bang (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39). — Dr. Lortet und Dr. Genoud über einen Apparat für die Anwendung der phototherapeutischen Methode Finsen's in der Académie des sciences zu Paris (Ther. Monatsh. 10. Heft). — Untersuchungen über die bactericide Wirkung des Hochspannungsfunkenlichtes nebst Angabe einer Methode zur besseren Ausnutzung der bactericiden Kraft des Voltabogenlichtes von Dr. Strebel (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. u. 6). — Die Behandlung der Tuberculose mit Lichtstrahlen von Dr. Bleyer (Zeitschr. f. Tuberc. und Heilst. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18). — Ueber die Anwendung der Lichttherapie in der Chirurgie von Dr. Minin (Med. Woche Nr. 12. u. 13). — Ueber die therapeutische Wirkung des blauen elektrischen Lichtes von Dr. Minin (Med. Woche Nr. 36 u. 37). — Dr. Lindemann über Lichttherapie in der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 1. Heft). — Ueber eine einfache Methode der therapeutischen Verwendung des elektrischen Lichtes von Dr. Laquer (Zeitschr f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 3. Heft). — Heliotherapie von Dr. Hellmer (Centralbl. f. d. ges. Ther. 1. Heft).

**Lungenchirurgie.** In einer aus der chirurgischen Abteilung von Prof. Körte stammenden Arbeit teilt Dr. Borchert die Erfahrungen mit, die daselbst auf dem Gebiete der Lungenchirurgie gemacht wurden. Aus denselben ergibt sich, dass die chirurgische Eröffnung von Zerfallsherden in der Lunge, die nicht durch Tuberculose hervorgerufen sind, eine berechtigte Operation ist. Sie ist dann vorzunehmen, wenn durch geeignete innere Medicamente kein ausreichender Erfolg bewirkt wird. Die zur Operation geeigneten Fälle sind sehr selten. In erster Linie bieten uniloculäre, acut oder subacut entstandene grössere Zerfallshöhlen, die auf einen Lungenlappen beschränkt sind, gute Aussichten für den chirurgischen Eingriff. Die bronchiektatischen Cavernen sind nicht günstig für die Heilung durch Operation, denn sie

Digitized by Google

sind fast stets multipel, sowohl innerhalb eines Lungenlappens, als auch ganz besonders in anderen Lappen. In seltenen Fällen, besonders bei noch nicht lange bestehenden Bronchiektasien kann bei Jauchung und Ulceration eine Operation angezeigt sein. Die Prognose ist sehr unsicher, besonders deshalb, weil die physikalischen Untersuchungsmethoden über den Zustand der übrigen Lungenabschnitte keine sichere Aufklärung geben. Peripherisch gelegene Abscesse führen häufig erst zur Empyembildung und kommen dann durch die zur Entleerung des Empyems ausgeführten Rippenresectionen zur Heilung. Die durch die eiterige Einschmelzung von Lungengswebe entstandenen Abscesshöhlen sind für die operative Heilung günstiger. Ausgiebige Freilegung des Operationsgebietes durch ausgedehnte Rippenresection ist in jedem Falle erforderlich. Zur Erzielung von Pleuraadhäsionen, wo solche nicht gebildet sind, ist die Pleuranaht in erster Linie zu verwenden. Wo diese nicht durchführbar erscheint, sind Tamponade und zweiseitiges Operiren am Platze.

Auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg führte Prof. Lenhartz (Hamburg) von ihm selber operirte, arbeitsfähige Patienten vor, bei denen er den Thorax eröffnet und Gangränherde direct operativ angegriffen hatte. Die Heilerfolge waren glänzende. Einen wesentlichen Vorteil dieser Behandlungsmethode sieht er auch in dem unmittelbaren Verschwinden des stinkenden Auswurfs im Anschluss an den operativen Eingriff, was für den Kranken selbst und seine Umgebung eine grosse Erleichterung bedeutet. Bei einer Patientin, bei der der ganze linke gangränescirte Oberlappen entfernt worden war, hatten sich wieder vollständig normale physikalische Auscultations- und Percussionsverhältnisse hergestellt und also offenbar wieder gesundes Lungengewebe etablirt. Lenhartz wünscht die Operation in allen Fällen von Gangrän, wo die Herddiagnose gemacht werden kann.

Auf dem Congresse für innere Medicin in Berlin berichtete Dr. Gluck (Berlin) nach einer kurzen Darstellung der Tierversuche, durch die er zuerst gezeigt hat, dass nicht nur die Excision und Resection einzelner Lungenlappen, sondern auch die Exstirpation einer ganzen Lunge möglich ist, über seine entsprechenden Beobachtungen an Menschen. Er hat 14 Fälle operirt, 7 davon wegen Lungenabscess. Sie sind sämmtlich geheilt.

Dr. Sarfert (Berlin) hat eine 40jährige Frau, welche eine isolirte Caverne im rechten Oberlappen hatte, operirt. Nach der Operation hörte das vorher bestehende „hektische" Fieber auf. Die Hämoptysen traten nicht mehr auf. Drei Monate nach der Operation hatte sich die Operationswunde bis auf eine 3 cm breite granulirende Wundfläche geschlossen, in deren Centrum eine kraterförmige, blind 3 cm lange, nach oben führende Einziehung liegt. Die Operation wird folgendermassen ausgeführt: Hautschnitt in der Höhe und über der zweiten Rippe, beginnend vom Sternalansatze nach aussen in Handbreite (10 bis 11 cm lang). Resection der zweiten Rippe. Stumpfes Abschälen der Pleuraschwarte, das heisst der Pleura pulmonalis. costalis und Fascia endothoracica vom Brustkorbe. Hat man die Lungenspitze in grosser Ausdehnung extrapleural ausgeschält, dann orientirt man sich über die Lage und Grösse der Caverne vermittels Palpation, Probepunction ist nicht nötig. Eröffnung der Caverne mittels des Messers oder des Paquelin. Die zu eröffnende Wand derselben, die Lungenschwarte, besteht nur aus gefässarmem Bindegewebe mit spärlichen Resten von zerfallenem Lungengewebe. Man braucht demnach nicht die Verletzung von Blutgefässen zu fürchten. Nach der Spaltung hat man einen Ueberblick über den Inhalt, über die Configuration, eventuell Communication mit Bronchien oder anderen benachbarten Cavernen.

Prof. Fürbringer (Berlin) verfügt über 4—5 Fälle von Lungencavernen, welche Prof. Hahn operirt hat. Von diesen erlangte einer wesentliche Besserung, ja relative Heilung. Die übrigen Fälle waren leider nicht so günstig, aber es war doch eine Freude, zu sehen, wie die Secretion aus der Cavernenwandung reiner wurde; man sah nur wenige Sputa statt der

Digitized by Google

sonstigen Menge auf dem Wasser treiben. Zwei Punkte sind schuld daran, dass das Verfahren der Vergessenheit anheim fiel. Schwierig ist der Nachweis einer geeigneten Caverne. Grosse, klingende Rasselgeräusche und amphorisches Atmen sind durchaus nicht allein maassgebend. Der Schallwechel ist auch nicht characteristisch. Fürbringer hat gefunden, dass man mit Sicherheit dann eine Caverne annehmen darf, wenn sich das amphorische Atmen mit hellem Schall vorfindet und zugleich Hand in Hand geht ein Character der Nahegeräusche, wenn man die klingenden grossblasigen Geräusche so zu sagen unter der Brust hört. Der zweite Punkt ist die Intactheit der übrigen Lungenteile Fürbringer denkt an die disseminirte Form der Phthise. Dieser Nachweis ist noch schwieriger. Tausende von Eruptionen sind unter Umständen nicht dem physikalischen Nachweis zugängig. Immer wird es sich um grosse Seltenheiten handeln. Allerdings traf Fürbringer im Leichenhause zwei Lungen, bei denen sich der Process fast ausschliesslich auf eine Caverne beschränkte.

Prof. v. Leyden (Berlin) steht jetzt den operativen Eingriffen bei Cavernen geneigter gegenüber, als früher. Es ist an solche Fälle zu denken, wo die Tuberculose nicht sehr weitgehend ist. Es hat z. B. ein junger Mensch eine Erkrankung an der Lungenspitze; man behandelt ihn; das Fieber geht vorüber; man schickt ihn nach dem Süden fort. Er erholt sich; alle Erscheinungen des Rasselns gehen zurück; man schickt ihn jahrelang fort; er kommt immer blühend zurück; bloss in einer Spitze rasselt es. Diese hat eine Caverne, die nicht ausheilt. Wenn man ein Mittel hätte, sie zum Verschluss zu bringen, dann würde der Kranke zur völligen Heilung gelangen. Warum soll das nicht der Chirurgie vorbehalten bleiben? Hat man die Ueberzeugung, dass eine nicht sehr grosse Caverne in der Lungenspitze liegt, so dürfte die Operation sie zur Heilung bringen. Die Diagnose ist zuweilen schwer; aber nach Jahre langer Beobachtung kann man doch wohl mit Sicherheit eine Caverne erkennen.

Die Hauptsache bei der Lungenchirurgie ist nach Prof. Garré (Königsberg) neben der schärfsten Diagnose die strengste Individualisirung. Garré präcisirt seinen Standpunkt dahin: 1. Die breite Eröffnung, Drainage resp. Tamponade einer Caverne ist in Fällen von Secretstauung und Zersetzung durch pyogene Mischinfection mit septischen Fiebererscheinungen berechtigt. 2. Die breite Freilegung und nach Möglichkeit Resection des infiltrirten Lungengewebes mit ausgiebiger Thoracoplastik ist berechtigt bei isolirten Cavernen und tuberculösen Herden im Unterlappen. 3. Die Mobilisation der Brustwand, resp. der Pleura ist angezeigt bei singulären stabilen Cavernen der Lungenspitzen. Als Methoden kommen dabei in Betracht: a) Die Resection der drei ersten Rippen ohne Eröffnung der Pleurahöhle; b) Resection der zweiten Rippe mit Pleurotomie und Auslösung der adhärenten Lungenspitze; c) Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax nach Murphy.

Beiträge zur Lungenchirurgie von Dr. Borchert (Arch. f. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Prof. Lenhartz über chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Ther. d. Gegenwart 10. Heft). — Dr Gluck über die Entwicklung der Lungenchirurgie auf dem Congresse für innere Medicin zu Berlin (Münchener med. Wochenschr. Nr 20). — Dr. Sarfert, Prof. Fürbringer und Prof. v. Leyden über die operative Behandlung der Lungenschwindsucht im Vereine für innere Medicin zu Berlin (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7 u. Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 5). — Prof. Garré über chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 41).

**Lupus.** Dr. Krzysztalowicz (Krakau) hat mit der Behandlung des Lupus vulgaris nach der Unna'schen Methode relativ recht befriedigende Resultate erreicht. Der Gang der Behandlung ist folgender: Zuerst wird die „grüne Lupussalbe“:

Rp. Acid. salicyl.
Liq. stib. chlor. āā 2,0
Creosot
Extr. Cannab. ind. āā 4,0
Adip. lanae 8,0

in dünner Lage auf die mit Lupus afficirte Haut aufgetragen und mit Zinkoxydpflastermull oder Guttaperchapapier breit

Digitized by Google

bedeckt; der Verband bleibt 24—48 Stunden liegen. Diese Aetzung wird nun mehrmals wiederholt; sie wirkt ungemein electiv, soll aber nicht continuirlich angewandt werden, sondern mit indifferenten Methoden abwechselnd. Erst bei Auftreten frischer gesunder Granulationen und wenn Tendenz zur Ueberhäutung eintritt, wird die Aetzsalbe weggelassen. Im Allgemeinen ist dieses Verfahren für die mehr oberflächlichen und disseminirten Lupusinfiltrate verwendbar, während für tiefsitzende sclerotische und hypertrophische Formen nachstehende kaustische Pasta von Unna empfohlen ist:

Rp. Kalii caust.
Calcar. ust.
Sap. virid.
Aqu. dest. āā p. aequ.

Diese Pasta wird messerrückendick auf den Lupusherd aufgetragen, darauf kommt ein feuchtes Wattefläumchen und darüber Zinkoxydpflastermull oder Guttapercha. Die Anwendung ruft einen dicken nekrotischen Schorf hervor, meist genügt einmalige Application. Nach dem Gebrauch dieser Mittel, wie auch nach der Anwendung des Kali causticum in verdünnter Form (1 : 5000—10000) als Dunstumschlag, ein Verfahren, welches vorzugsweise zur Beseitigung oberflächlicher Zellinfiltrate dient, kommt man, da jetzt immer noch kleine Lupusknötchen restiren, welche als Centralpunkte neuer Lupusherde für die Recidive von Bedeutung sind, zur Behandlung dieser restirenden Lupusknötchen mittels der Unna'schen Spickmethode. In die gefundenen Knötchen werden fein zugespitzte Hölzchen eingebohrt, welche mit Liq. stib. chlorat. getränkt sind. Die senkrecht zur Hautfläche stehenden Hölzchen werden sofort mit einer Schere dicht an der Hautoberfläche abgeschnitten und mit Pflaster bedeckt. Nach 18 Stunden lassen sich die Hölzchen sehr leicht sammt dem nekrotischen Schorfe herausnehmen, die gesetzten Substanzverluste verheilen rasch und mit glatten Narben. Der Schleimhautlupus wird mit Aufpinselung von Liq. stib. chlor. behandelt. Wer diese Methode anwenden will, muss immer daran denken, dass die methodische Anwendung und richtige Combination an sich schon früher bekannter Mittel das Wesentliche darstellt; die Unna'sche Technik zielt nicht nur darauf hin, das kranke Gewebe gänzlich zu zerstören, sondern auch von dem umgebenden gesunden Gewebe so viel als möglich zu erhalten.

Dr. Scatschard empfiehlt das Formalin zur Behandlung des Gesichtslupus. Nachdem mittels warmer Umschläge Borken und Krusten sorgfältig beseitigt sind, werden die kranken Stellen mit Orthoform bepudert und dadurch anästhetisch gemacht und hernach mit Formalin und Glycerin zu gleichen Teilen bestrichen. Auffallende Besserung erfolgte schon innerhalb vierzehn Tagen; die Geschwüre hatten glatte, kaum sichtbare Narben hinterlassen. Später auftretende kleine verdächtige Stellen wichen einer einmaligen Formalinapplication.

Prof. Hallopeau (Paris) bedient sich zur Behandlung des Lupus der 2%igen Lösung von Kalium hypermanganicum und zwar ausschliesslich der eine Viertelstunde lang aufzulegenden Compressen. Hallopeau hat diese Methode bei 25 Kranken versucht und constatirte, dass die vorhandenen Ulcerationen nach einigen Wochen oder Monaten, je nach ihrer Ausdehnung, stets vernarbten; in Fällen von nicht ulcerirtem Lupus hatte man fast immer Misserfolg. Trotzdem kommt Hallopeau zu dem Schlusse, dass das übermangansaure Kali rascher wie jede andere Methode wirkt und zwar jedesmal, wenn es sich um einen allzu ausgebreiteten Fall, welcher der Lichtbehandlung nicht zugängig ist, handelt.

Dr. Brocq hat vier Fälle von Lupus erythematodes mit hochgespannten elektrischen Strömen behandelt, von denen zwei geheilt und zwei gebessert wurden. Die Sitzungen sind nach Brocq kurz, nicht schmerzhaft, die Procedur einfacher als bei dem Apparate von Finsen, wiewohl die Methode des letzteren vorzügliche Resultate gibt. Die Elektroden sollen direct auf die Haut aufgesetzt und hierdurch sofort Funken erzeugt werden.

Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Unna'schen Methode von Dr. Krzystalowicz (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Münchener med.

Digitized by Google

Wochenschr. Nr. 2). — Behandlung des Gesichtslupus mit Formalin von Dr. Scatschard (Sem. méd. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 13). — Prof. Hallopeau über Behandlung des Lupus mit übermangansaurem Kali in der Académie de médecine zu Paris (Münchener med. Wochenschr. Nr. 50). — Dr. Brocq über Behandlung des Lupus erythematodes mit hochgespannten Strömen in der Société de Dermatologie et Syphiligraphie zu Paris (Sem. méd. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5).

**Luxationen.** Prof. Hofmeister (Tübingen) gelang es, in sieben Fällen von Schulterluxation die Einrichtung vermittels permanenter Gewichtsextension in fast schmerzloser Weise ohne Narkose ziemlich leicht auszuführen. Das Verfahren ist folgendes. Der Patient wird auf der gesunden Seite bequem gelagert, nachdem am luxirten Arme eine feste Schlinge vermittels einer feuchten Mullbinde, die von den Metacarpi bis zum Deltoidesansatz angelegt wird, befestigt wurde. Eine Zugschnur geht von der Schlinge über eine Rolle, die in geeigneter Höhe angebracht ist. Die Belastung beginnt mit 5 kg und wird von 5 zu 5 Minuten um 5 kg gesteigert. Die höchste nötige Belastung beträgt 20 kg, die bei diesem Gewichte übliche Repositionsdauer beträgt bei frischen Fällen 5—15 Minuten. Nach eingetretener Muskelerschlaffung tritt in Folge der dauernden Extension der Humeruskopf immer mehr nach aussen, bis er in das Niveau der Pfanne gelangt ist und rutscht entweder von selbst in dieselbe hinein oder wird mit leichtem Druck in dieselbe hineingeschoben. Die Technik ist einfach und das Verfahren kann überall, auch in der Privatpraxis, leicht angewendet werden.

Ueber einen Fall von Einrenkung der vorderen Schulterverrenkung nach Riedel teilt Dr. Link (Mörs) mit. Er liess den Mann, nachdem er ihm ein Kissen unter den Kopf geschoben, sich flach auf den Boden des Zimmers legen, gab ihm einige Tropfen Chloroform und kniete dann an seiner linken Seite nieder. Sodann erfasste er den adducirten rechten Arm und zog ihn mit einem kräftigen Ruck nach der gesunden linken Beckenseite an. Sofort schnappte der Gelenkkopf hörbar in die Pfanne, und war die ganze Procedur in einigen Minuten beendet.

Dr. Schoch berichtet aus dem Cantonspitale Münsterlingen über einen Fall von irreponibler, durch Fractur complicirter Schulterluxation, bei dem durch Arthrotomie ein tadelloses Resultat erzielt wurde. Autor konnte 54 einschlägige Fälle aus der Litteratur zusammenstellen, die ihn zu folgenden Schlüssen berechtigen: 1. Die Arthrotomie ist bei frischen irreponiblen Luxationen des Schultergelenks das Normalverfahren. 2. Auch in veralteten Fällen soll zuerst die Arthrotomie versucht, aber nicht unter allen Umständen erzwungen werden; ist vorauszusehen, dass bei der Operation der Kopf stark lädirt werde, so schreitet man zur Resection. 3. Beherrschung der Asepsis ist zur Erzielung eines guten Resultates unbedingt nötig.

Dr. Payr (Graz) hat sechs Fälle von veralteten Hüftgelenksluxationen bei Erwachsenen blutig behandelt. Er operirt mit der Kocher'schen Schnittführung. Je mehr man die Muskelansätze schont, um so bessere Resultate, erreicht man. Den Vorschlag von Mikulicz, die Abmeisselung der Trochanteren, hält er nur geeignet bei geringen Verkürzungen. Der Eingriff ist schwer und die peinlichste Aseptik notwendig, besonders bei den kraftvollen Repositionsversuchen, die der unblutigen Drainagen geschlossen. Die Nachbehandlung besteht entweder in Extensions- oder Hüftgelenkreposition entsprechen. Zuletzt wird die Wunde vollkommen bis auf zwei Gipsverband. Bei traumatischer Luxation ist eine Reluxation nicht zu befürchten.

Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation von Prof. Hofmeister (Beitr. z. klin. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 10. Heft). — Noch ein Fall von Einrenkung der vorderen Schulterverrenkung nach Riedel von Dr. Link (Medico Nr. 6) — Die irreponiblen Schulterluxationen und ihre blutige Behandlung von Dr. Schoch (Beitr. z. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft). — Dr. Payr über die Technik der blutigen Reposition von Hüftgelenksluxationen bei Erwachsenen auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Münchener med. Wochenschr. Nr. 19).

Digitized by Google

**Lysoform.** Das Lysoform ist, wie Prof. Cramer (Heidelberg) mitteilt, eine nach Formalin riechende, ölig-seifige Flüssigkeit. Sie stellt eine Lösung von Formalin in einer parfümirten Seife dar. Das Mittel löst sich leicht im Wasser. 1—5%ige Lösungen haben nach Autor weniger desinficirende, als desodorirende Eigenschaften. Auch als Kosmeticum kann es angewendet werden, besonders da, wo der Preis keine Rolle spielt.

Bacillol und Lysoform, zwei neuere Desinfectionsmittel von Prof. Cramer (Münchener med Wochenschr. Nr. 41).

**Lyssa.** Prof. Högyes (Budapest) ist auf Grund von Versuchen an künstlich immunisirten Hunden zu dem Ergebnisse gekommen, dass die Immunität derselben im Allgemeinen vier Jahre dauert. In Bezug auf den Menschen besitzen wir bis jetzt keine diesbezüglichen Beobachtungen und Erfahrungen. Zufolge jener Aehnlichkeit, die in dem Erscheinen und Ablauf der Rabies bei Hunden und Menschen besteht, ist anzunehmen, dass die Immunität gegenüber dieser Krankheit mit grösster Wahrscheinlichkeit auch im menschlichen Organismus nach Jahren aufhört. Einen präcisen Zeitpunkt kann man freilich nicht angeben, man kann nur sagen, dass gerade so wie die Immunität gegenüber anderen Krankheiten, so dieselbe auch hier nach dem Individuum gewissen Schwankungen unterworfen ist. Da also auch die beim Menschen künstlich erzeugte Immunität gegenüber Rabies einmal aufhört, so ist das betreffende Individuum im Falle eines neuen Bisses seitens eines wutkranken Tieres der Gefahr des Ausbruches der Krankheit ausgesetzt. Es besteht also principiell die Notwendigkeit der Revaccination. Auf die Frage nun, ob bei einer neuen Infection durch ein Tier in jedem Falle die Revaccination nötig ist oder nicht, kann man gleichfalls aus dem Obigen antworten. Da die heutzutage durch die Schutzimpfung hervorgebrachte Immunität eine active ist, d. h. sicherlich durch einige Wochen und Monate anhält, ist, falls nicht lange nach Beendigung der Schutzimpfungen ein abermaliger Biss eines wutkranken Tieres das betreffende Individuum trifft, die Revaccination nicht nötig. Je später jedoch diese zweite Infection von den ersten Schutzimpfungen fällt, um so mehr ist die Revaccination indicirt. Mancher Organismus verliert schon sehr kurze Zeit nach der Impfung seine Immunität, so dass man im concreten Falle nie weiss, ob gerade dieser nicht unter jene Ausnahmen gehört. Auf Grund dessen ist also die These aufzustellen, dass im Falle von abermaligem Biss eines wutkranken Tieres die Revaccination stets angezeigt ist und dass sie nur in solchen Fällen zu entbehren ist, wo dieser Biss erst sehr kurze Zeit nach Beendigung der Schutzimpfungen erfolgt.

Ist im Falle von abermaligem Biss eines wutkranken Tieres Revaccination nötig? von Prof. Höpyes (Ung med. Presse Nr. 7).

**Lysulfol.** Das Lysulfol ist eine in Wasser vollkommen lösliche, chemische Schwefelverbindung des Lysols, welche bei einem Schwefelgehalt von mindestens 10% eine dicke, schwarze Flüssigkeit fast von Salbenconsistenz darstellt. Dr. Rumpf (Friedrichsheim) liess das Lysulfol längere Zeit hindurch Abends einreiben und Morgens abwaschen, bei empfindlicher Haut zur Hälfte mit Glycerin verdünnen, selten nur zu Waschungen benutzen. Er hat von dem Lysulfol nicht nur bei Pityriasis versicolor, sondern auch bei Scabies, Acne, abnormen Abschuppungen, aber auch bei zum Teil alten Fällen von Psoriasis und Prurigo sehr oft Nutzen und wiederholt Heilungen gesehen.

Ueber Lysulfol von Dr. Rumpf (Ther. Monatsh. 11. Heft).

Digitized by Google

# M.

**Magen-, Darm- und Peritonealchirurgie.** Für die operative Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände (Pylorusstenose, Magenerweiterung, Blutung) stellen Prof. Körte und Dr. Herzfeld im Berliner Vereine für innere Medicin folgende Indicationen auf: Die unbedingte Anzeige zur Operation gibt die Perforation eines Magengeschwüres ab; die Operation soll sofort vorgenommen werden und besteht entweder in Resection des Geschwüres und Naht, wenn dies möglich sein sollte, oder in Uebernähen der Perforationslücke und Reinigung der Bauchhöhle. Die in Folge Vernarbung eines Magengeschwüres entstandene Pylorusstenose und die daraus resultirende Magenerweiterung erfordern die Operation unbedingt, und zwar soll mit der Operation nicht gezögert werden, weil die Abnahme des Kräftezustandes die Aussichten der Operation geringer werden lässt. Als Normaleingriff gilt für diese Fälle die Gastroenterostomie oder die Resection; die letztere kann nur selten ausgeführt werden. Andauernde und hochgradige Ulcusbeschwerden, welche einer längere Zeit durchgeführten internen Behandlung trotzen, ferner heftige Schmerzen und häufige kleine Blutungen können ebenfalls die Operation erfordern. Das radicale Verfahren ist in diesem Falle die Resection, aber auch die Gastroenterostomie unterstützt die Ausheilung des Geschwüres mächtig; in den Fällen, wo die Hyperacidität bestehen bleibt, ist dieselbe auf therapeutischem Wege (Ausspülungen, Alkalien) zu bekämpfen, da sonst Recidive von Ulcus im Magen und Jejunum nicht ganz auszuschliessen sind. Die acute, copiöse Magenblutung eignet sich sehr selten für die chirurgische Therapie, weil die blutende Stelle aufzufinden vor Allem sehr schwierig sein kann und anderseits die Stillung derselben (Thermokauter, Ligatur, Naht) die grössten Schwierigkeiten bietet. Bei den nach diesen Grundsätzen behandelten Patienten erzielte Körte in 29 von 38 Fällen Heilung, was umso bemerkenswerter ist, als es lauter Fälle waren, bei welchen die innere Therapie nichts mehr erzielen konnte.

Prof. Ewald's Standpunkt ist folgender: Bei den mittelbaren Folgen des Ulcus ventriculi, der Erweiterung des Magens wegen Pylorusstenose, den perigastritischen Verwachsungen und dem Sanduhrmagen ist der Chirurg zu rufen, wenn alle internen Methoden erschöpft sind. Bei uncomplicirtem Ulcus soll man nur die Fälle operiren lassen, die durch andere Maassnahmen selbst in längerer Zeit nicht geheilt werden, wenn Erbrechen und Schmerzen fortdauern, Abmagerung hinzukommt. Differentialdiagnostisch wird man immer Gallensteine, hysterische neurotische Schmerzen ausschliessen müssen. Bei der Perforation des Geschwürs ist der Chirurg möglichst schnell hinzuzuziehen; denn je früher er eingreift, umso günstiger sind die Chancen, das Leben zu erhalten. Anders bei Magenblutungen; hier lässt uns die Chirurgie oft im Stich; Ewald half sich mehrmals durch rücksichtslose Ausspülung mit eiskaltem Wasser; in zwei verzweifelten Fällen brachte er die Blutung so zum Stehen, in einem dritten nicht. Dieselben Grundsätze gelten für das schwerer zu erkennende Duodenalgeschwür.

Prof. Fraenkel hält nur bei Pylorusstenose den chirurgischen Eingriff für aussichtsreich; der Entstehung des Ulcus pepticum muss die innere Medicin durch zweckmässige Diät etc. schon vor der Operation vorbeugen.

Dr. Boas: Das Ulcus ventriculi heilt im Allgemeinen bei guter interner Behandlung; sonst ist die Diagnose falsch, oder es bestehen Complicationen; bei der organischen Pylorusstenose ist die Operation erforderlich, bei spastischer Stenose kommt man fast immer mit Magenausspülungen und passen-

Digitized by Google

der Diät aus; zuweilen erfordert die relative Stenose, die sich durch die Magensteifung Kussmaul's, Contractionen des Magenfundus, oft erkennen lässt, einen chirurgischen Eingriff.

Dr. Albu warnt ebenfalls vor Magenoperationen, es sei denn, dass es sich um hochgradige Stenose handelt, bei der die Diurese immer geringer, die Gefahr des Verhungerns immer grösser wird. Bei reinem Ulcus mit zahlreichen Recidiven empfiehlt Albu die rectale Ernährung per Klysma, um Ueberhäutung des Geschwürs zu erzielen.

Prof. Rosenheim warnt vor der Operation der schmerzhaften perigastrischen Verwachsung, weil die Beschwerden oft nicht verschwinden; auch sind Ulcus pepticum, Ileus etc. zu befürchten. Nur bei sicher gestellter Perforation eines Ulcus sollte man operiren.

Dr. Robsen ist der Meinung, dass man bei Magenblutung im Allgemeinen im ersten Anfall nicht operiren soll. Steht aber die Blutung nicht bald oder folgt der ersten eine zweite, so zögere man nicht mit der Operation. Er schätzt die Sterblichkeit bei der Operation acuter Blutungen auf 40,6%, bei chronischen (häufig recidivirenden) Blutungen auf 19,3%. Es ist als ungefährlich anzusehen, den Magen während einer Blutung zu spülen, doch kann man nach Eröffnung der Bauchhöhle den Mageninhalt in das Duodenum ausdrücken. Zuweilen gelingt es, die blutende Stelle schon von aussen festzustellen, indem Einziehungen der Magenwand oder Verhärtungen auf den Sitz des Ulcus hinweisen. Fehlen solche Anzeichen, so muss der Magen eröffnet werden und zwar gibt ein Schnitt in der Längsachse die beste Uebersicht, blutet aber auch mehr. Man sucht nun den ganzen Magen ab; nach Spaltung des Lig. gastrocolicum kann man die eine Hand hinter den Magen bringen und von hier aus die hintere Magenwand vorstülpen. Findet man im Magen kein Geschwür, so muss man das Duodenum absuchen. Findet man keinerlei blutende Stelle (capillare Blutung), so mache man eine Gastroenterostomie; findet man dagegen ein Ulcus, so ist es am besten, dasselbe zu entfernen; ist dies unmöglich, so wird es ausgebrannt; auch in diesen Fällen ist eine nachfolgende Gastroenterostomie von grossem Nutzen. In einzelnen Fällen kann man auch die ganze blutende Fläche „en masse" unterbinden. Ligaturen der Hauptarterien des Magens (Savariaud) sind nicht zu empfehlen. Sitzt das Ulcus am Pylorus, so kann die Pylorectomie in Frage kommen. Excision des Geschwüres und Pyloroplastik geben oft schlechte Endresultate, da der Pylorus nachträglich stark schrumpfen kann.

Beim Magengeschwür mit Pylorusstenose hält Prof. Rydygier (Krakau) in entsprechenden Fällen die Pylorektomie für indicirt: 1. wegen der Möglichkeit, dass sich auf dem Grunde des Ulcus ein Carcinom entwickele, 2. um spätere Blutungen aus dem Ulcus unmöglich zu machen, 3. zur Vermeidung des Circulus vitiosus.

Beim perforirten Magengeschwür gibt nach Dr. Maunsell nur die früh ausgeführte Operation Aussicht auf Heilung. Nach Auffinden der Perforation muss der Magen durch einen eingeführten Katheter entleert und die Oeffnung ohne Excision des Geschwüres verschlossen werden. Bei mehr localer Peritonitis genügt trockenes Austupfen der ausgetretenen Massen, bei allgemeiner Peritonitis muss mit grossen Mengen warmer Kochsalzlösung gespült werden. Nach gründlicher Auswaschung muss das kleine Becken und der subphrenische Raum noch mit trockenen Gazetupfern ausgewischt werden, da die Spülflüssigkeit diese Teile nicht genügend reinigt. Die Bursa omentalis soll nur dann eröffnet werden, wenn ein Geschwür in sie perforirt ist. Drainage hält Verfasser in jedem Fall für überflüssig. Der Bauch wird durch Silkwormgutnähte geschlossen, welche alle Schichten zugleich fassen; Seide ist gefährlich wegen leichter Vereiterung der Stichcanäle und Infection des Peritoneums.

Dr. Neumann teilt die Leidensgeschichte eines 24jährigen Mannes mit, bei dem wegen functioneller Stenose des Pylorus mit nachfolgender Insufficienz und Dilatation des Magens nach Erschöpfung der internen Mittel die Gastroenterostomie nach Wölfler aus-

Digitized by Google

geführt worden war. Wegen bald auftretender Verschlusserscheinungen musste eine Enteroanastomose angeschlossen werden. Einige Monate später entwickelten sich allmählich Störungen, die mit Sicherheit auf ein Ulcus pepticum des Jejunum in der Nähe der Gastroenterostomose schliessen liessen. Mehr oder weniger eingreifende Versuche mussten zur Heilung der entstandenen Magenfistel unternommen werden und schliesslich blieb zur Herbeiführung der Heilung nichts übrig, als die Gastroenterostomose zu beseitigen und den Mageninhalt aus dem inzwischen zur Norm zurückgekehrten Magen und Pylorus, auf natürlichem Wege also, durch die Enteroanastomose, die bestehen blieb, weiter gelangen zu lassen. Neumann schlägt wegen der Gefahr des Ulcus pepticum an Stelle der Gastroenterostomie für derartige Fälle zuvor eine zeitweilige gänzliche Ausschaltung des Magens durch die rationellere Jejunostomie vor.

Dr. Strauss teilt aus der Klinik des Prof. Senator (Berlin) die Geschichte eines Kranken mit, der noch drei Jahre und vier Monate nach der wegen Carcinom vorgenommenen Gastroenterostomie gelebt hat und nach diesem Zeitraume einer intercurrenten Krankheit erlegen ist. Auch citirt er den Fall von Alsberg, dessen Patient erst drei Jahre und drei Monate nach dieser Palliativoperation an Pyloruskrebs gestorben ist. Im Durchschnitte sterben derlei Operirte nach der Statistik mehrerer Autoren ein halbes bis drei Vierteljahr darnach, wofern sie überhaupt den Eingriff überstanden haben; leben sie zwei Jahre und länger, so ist dies Folge einer bestimmten Eigentümlichkeit des speciellen Falles. Derlei Carcinome sind, wie auch der Fall des Verfassers zeigte, meist sehr bindegewebsreich und sehr zellarm, und handelte es sich bei demselben wohl um ein helkogenes Carcinom. Dafür spricht auch das Vorhandensein freier HCl im Magen zur Zeit der Operation, die Massenhaftigkeit der Metastasen bei der verhältnissmässig jüngeren Person. Bei aus Magengeschwüren entstandenen Carcinomen fand Verfasser auch wiederholt bei Abwesenheit freier Salzsäure sehr grosse Mengen von gebundener Salzsäure, ausgezeichnete Chymification, Fehlen von Milchsäure im Magen.

Unter 17 Fällen von acutem Darmverschluss, in denen Dr. Zeidler (St. Petersburg) nach Eröffnung der Bauchhöhle die unmittelbare Beseitigung des Hindernisses vornahm, gingen acht in Heilung aus. Zeidler fordert bei Abschnürungen sofort einen blutigen Eingriff, bei Verstopfungen des Darmrohres nicht später, als nach 48 Stunden; auch soll man keineswegs wegen Kräfteverfalls, auch nicht wegen bereits eingetretener Bauchfellentzündung vom blutigen Eingriffe absehen. Die unmittelbare Beseitigung des Hindernisses ist nach Zeidler's Erfahrungen der Anlegung eines künstlichen Afters, bezw. einer Darmfistel entschieden vorzuziehen; nur bei der Unmöglichkeit, das Hinderniss an Ort und Stelle zu beseitigen, wird man hierauf zurückgreifen. Eine Ausspülung des Magens vor dem Eingriff ist empfehlenswert, ebenso die Vornahme des letzteren in Trendelenburg'scher Lagerung des Kranken, die das Zurückbringen der Darmschlingen wesentlich erleichtert. Bei Kräfteverfall nach dem Eingriffe leistete ein Einlauf von warmer Kochsalzlösung (0,6%) unter die Haut gute Dienste. Bei der gewöhnlich nach dem Eingriffe eintretenden Lähmung des Darmrohres vermied Zeidler die Darreichung von Opium, das er nach jeder Eröffnung der Bauchhöhle für äusserst schädlich hält. Zur Erleichterung der Gasentleerung legte Zeidler mit gutem Erfolge ein dickwandiges Gummirohr in den Mastdarm ein.

Dr. Zahradnicky teilt einen Fall von Darminvagination mit, die durch submucöse Myome hervorgerufen wurde. Am Scheitel der invaginirten Darmpartie fand man auf der Schleimhautseite der inneren Röhre zwei kleine begrenzte Geschwülste. Im übrigen Teile des Dünndarms fand man ebenfalls zahlreiche ähnliche Geschwülste, die platt oder gestielt in der Grösse eines Hanfsamens bis einer Haselnuss, verschieden 2—5 cm von einander entfernt zerstreut waren. In einem zweiten Falle wurde die Invagination durch starke Durchfälle und die Gegenwart einer grossen Menge schwer verdaulicher Nahrung begünstigt.



Digitized by Google

Dr. Sörensen berichtet über drei Fälle von tuberculöser Stenose des Ileum, die in der Hahn'schen Privatklinik beobachtet wurden. Die Symptome sind nicht verschieden von denen, die auf chronische Verengerungen mit anderer anatomischer Grundlage zurückzuführen sind. Ausgesprochene tuberculöse Darmstenosen können nur auf chirurgischem Wege geheilt werden: Darmresection, Darmausschaltung, Enteroanastomose. Letztere wurde bei den drei Hahn'schen Kranken vorgenommen; zwei genasen, der dritte starb einige Wochen später an Erschöpfung in Folge einer tuberculösen Darmfistel.

Bezüglich der operativen Therapie der Dickdarmtuberculose ist nach Dr. Hugel in jedem Falle, so lange der erkrankte Darmabschnitt beweglich und nicht allzu gross ist, wenn keine tuberculöse Erkrankung der regionären Lymphdrüsen besteht und auch der Kranke keine Lungenerscheinungen zeigt, die Darmresection am Platze. Ist diese unmöglich, dann ist die complete Darmausschaltung mit totaler Vorlagerung der ausgeschalteten Darmpartien und nur temporärem Verschlusse der Enden des Schaltstückes anzuraten, da auf diese Weise die besten Bedingungen zu einer definitiven Heilung der Colontuberculose gegeben sind.

Prof. Körte, Dr. Herzfeld, Prof. Ewald, Prof. Fränkel, Dr. Boas, Dr. Albu und Prof. Rosenheim über die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände im Verein für innere Medicin zu Berlin (Langenb. Arch. 63. Bd. 1. Heft und Ther. Monatsh. 4. Heft). — Die chirurgische Behandlung der Magenblutungen von Dr. Robson (Lancet. — Münchener med. Wochenschrift Nr. 15). — Meine Erfahrungen über die von mir seit 1880 bis jetzt ausgeführten Magenoperationen von Prof. Rydygier (Deutsche Zeitschrift f. Chir. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 13). — Zur Diagnose und Behandlung des perforirten Magengeschwürs von Dr. Maunsell (Brit. med. Journ. — Münchener med. Wochenschrift Nr. 21). — Zur chirurgischen Behandlung der Magendilatation bei Pylorospasmus und bei Hyperacidität von Dr. Neumann (Deutsche Zeitschrift f. Chir. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Zur Prognose des Pyloruscarcinoms nach Gastroenterostomie von Dr. Strauss (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 10). — Beiträge zur Pathologie und Therapie des acuten Darmverschlusses von Dr. Zeidler (Mitt. aus d. Grenzgeb. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft). — Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Darminvagination von Dr. Zahradnicky (Sborn. klin. — Ther. d. Gegenw. 1. Heft). — Ueber stenosirende Dünndarmtuberculose von Dr. Sörensen (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft). — Ileocöcale Resectionen bei Darmtuberculose von Dr. Hugel (Arch. für klin. Chir. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft).

**Magenkrankheiten.** Dr. Boas (Berlin) hat in 83 Fällen der verschiedensten Magen-, zum kleineren Teil auch Darmkrankheiten, den Mageninhalt auf occulte Magenblutungen untersucht. Eine Sichtung der Fälle ergibt drei Gruppen: Krankheitszustände, in denen Blutungen constant fehlten, dann Fälle, in denen Blutungen gelegentlich vorkamen, und endlich Affectionen, welche sich durch einen constanten, bei wiederholten Untersuchungen sich immer wieder findenden Blutgehalt auszeichneten. Zur ersten Gruppe gehören zunächst sämmtliche Fälle von Neurosen, ferner sämmtliche Fälle von Gastritis anacida (mit einer Ausnahme), ein Fall von Gastritis subacida, desgleichen sämmtliche Fälle von Hyperacidität, Hypersecretion und gutartiger Ektasie. Zu den Fällen mit wechselndem Blutbefund gehören die mit Ulcus ventriculi, bezw. consecutiver Pylorusstenose. Zur dritten Gruppe gehören ein Fall von stenosirender Gastritis (hypertrophischer Pylorusstenose) und sämmtliche Fälle — im Ganzen 20 — von Magencarcinom. In diesen letzteren war, unabhängig von der Beschaffenheit der chemischen und motorischen Functionen, stets Blut im Mageninhalt, meist in sehr ausgesprochener Weise durch die Guajacprobe nachweisbar. In der überwiegenden Mehrzahl lag, selbst bei genauester Besichtigung, kein Grund zur Annahme einer Blutanwesenheit vor. In den schon äusserlich verdächtigen Fällen wurde auch mehrfach der Blutnachweis in den Fäces geführt, übrigens auch hier ohne eine wesentliche farbliche Veränderung der Dejectionen. Den occulten Magenblutungen allein kommt, ebenso wie ihrem Fehlen, eine entscheidende diagnostische Bedeutung nicht zu. Hingegen können sie eine wesentliche Unterstützung unserer bisherigen diagnostischen Methoden liefern. Wahrscheinlich ist in den occulten Magenblutungen eine wichtige, vielleicht die wichtigste Quelle des Carcinommarasmus zu erblicken. Wenn es sich auch

Digitized by Google

um vergleichsweise minimale Blutungen handelt, so werden sie doch gefahrbringend durch ihre Constanz. Solche Kranke verbluten sich gewissermassen tropfenweise. Hierdurch erklärt sich auch die meist überraschend günstige Wirkung der Gastroenterostomie, nach welcher die Kranken nicht bloss wegen der Forträumung der mechanischen Hindernisse an Gewicht und Kraft zunehmen, sondern auch, weil hierdurch die chronischen, allmählich zur Erschöpfung führenden Hämorrhagien abgeschnitten werden.

Das Wesen der Wismuthbehandlung bei Ulcus ventriculi besteht, wie Prof. Fleiner (Heidelberg) ausführt, darin, dem Geschwürsgrunde einen Schutz zu verleihen vor den darübergleitenden Speisen, welche die frisch aufschiessenden zarten Granulationen leicht wieder abreissen. Sie ist auch angezeigt in leichten Fällen, welche von selbst heilen, beim Uebergang zur festen Diät und beim Auftreten von Störungen in der Reconvalescenz. Stets aber muss das Wismuth auf den reinen Geschwürsgrund kommen, deshalb ist es auf leeren Magen zu verabreichen. Nach der Nacht ist der Magen am besten erst mit irgend einem Mineralwasser zu spülen, dann eine halbe Stunde später 5—10 g Wismuth in Wasser verrührt; allmählich kann man mit der Dose zurückgehen und das Wismuth auch mit Magn. ust. u. dgl. verdünnen. Nach vorausgegangener Magenausspülung kann man auch 10—20 g Wismuth in 150 g Wasser gelöst eingiessen. Auch der Wechsel der Lagerung des Patienten empfiehlt sich, um das Wismuth im Magen gut zu verteilen. Bei Geschwüren am Pylorus mit secundärer Stenose desselben hat die Wismuthbehandlung meist nur vorübergehenden Erfolg. Ratsamer ist frühzeitige Gastroenterostomie, weil die gesunkenen Ernährungsverhältnisse später die Aussichten der Operation verschlechtern. Die Gastroenterostomie begünstigt die Heilung des Geschwürs. Als Contraindicationen für die Wismuthbehandlung müssen gelten Geschwüre mit divertikelähnlichen Einbuchtungen der Magenwand und verdickten, callösen, überstehenden Rändern, sowie bei spontanem Durchbruche und Verwachsen des Geschwürs mit Nachbarorganen wie Leber, Pankreas u. dgl. In den erwähnten Ausbuchtungen bleibt das Bism. subnitr. als schwarzes reducirtes Wismuth liegen, das später bei Magenspülung erkannt wird. Auf diese Weise ist der Misserfolg sogar diagnostisch zu verwerten. Unter vielen Hunderten von Fällen hat Fleiner nie eine Vergiftung beobachtet.

Für die Behandlung des Magengeschwürs empfiehlt Dr. Agéron (Hamburg) mit Leube die Bettlage, die, abgesehen von anderen Vorzügen, den Abfluss des Genossenen aus dem Magen am meisten erleichtert. Sehr vorsichtige Ernährung, zu Anfang nur mit Milch, Kalbfleischbrühe, mit Eidotter und Zucker. Alles, was die Absonderung des Magensaftes besonders anregt, Karlsbader Salz, Peptone und ähnliche Präparate, ist schädlich. Besonderen Wert legt Agéron auf regelmässige Magenausspülungen, nach denen er etwa 100 g Leinöl mit je 5 g Wismuth und Orthoform eingiesst. Tritt, nachdem diese Behandlung wochenlang sorgfältig durchgeführt ist, keine Besserung ein, dann ist ein operativer Eingriff, die Anlegung einer Magendarmfistel angezeigt.

Dr. Flade (Leipzig) nimmt gegenüber der Anwendung des Magenschlauches bei floridem peptischen Ulcus eine recht negative Stellung ein. Er glaubt, denselben zu therapeutischen Zwecken durchaus entbehren zu können und hält andererseits seine diagnostischen Vorteile für zu gering, um ihm gegenüber die Gefahren in Kauf zu nehmen, die zweifellos recht beträchtliche sind. Der Magenschlauch hat nach seiner Meinung überhaupt nicht in Anwendung zu kommen, wo der Verdacht auf Ulcus ventriculi berechtigt erscheint.

Bezüglich der diätetischen Behandlung der chronischen Magenkrankheiten stellt Prof. Schüle (Freiburg) folgende Principien auf. Der Tageslauf des chronisch Magenkranken beginnt gewöhnlich mit der nüchternen Einnahme eines geeigneten Mineralwassers oder mit der Magenausspülung. Eine halbe Stunde später das erste Frühstück im Bett. Dann eventuell Priessnitz'scher Leibwickel. Um 10 Uhr zweites Frühstück. Darnach unter Um-



Digitized by Google

ständen Massage, Elektrisiren oder hydropathische Proceduren (Halbbad, schottische Douche etc.). Um 12½ Uhr Mittagessen, bestehend aus Fleisch mit Beilage, Nachtisch. Nach demselben eine Stunde Ruhe auf dem Liegebett (ohne zu schlafen!). Um 4 Uhr Cacao, um ½8 Uhr Abendbrot (oder bei etwas mehr forcirter Ernährung um 3 Uhr Cacao, um 5 Uhr Milch, 8 Uhr Abendbrot). Um 10 Uhr Beginn der Nachtruhe. Als erstes Frühstück mag Hafermehlcacao gegeben werden (eventuell mit gewöhnlichem Cacao gemischt) oder die bekannte Kussmaul'sche Hafergrütze. Zum Cacao geniesst der Kranke Röstbrot und, wenn er es erträgt, auch etwas Butter. Den Cacao kann man leicht mit Plasmon oder Rahm noch etwas anreichern. Das zweite Frühstück besteht aus Milch mit Rahm (nach Biedert's Vorschrift 125 ccm Rahm plus 125 ccm Wasser und 6 g Milchzucker) und Röstbrot, Zwieback etc., oder aus geschabtem rohen Schinken oder aus gekochtem Schinken oder aus zwei Eiern (eine Minute gekocht). Butter wird auch hier gegeben, wenn der Kranke sie erträgt, was gewöhnlich aber nicht der Fall zu sein pflegt. Mittagessen: a) Fleisch. Hier kommen vor Allem in Betracht: Kalbsbraten, Roastbeef, Lummel, Schnitzel (unpanirt), Fisch, Geflügel, Hirn, Brieschen, eingemachtes Kalbfleisch, Beefsteak, geschabtes Fleisch angebraten. In zweiter Linie: Suppenfleisch (wenig nahrhaft), Schweinefilet ohne Fett, Zunge. b) Beikost. Am verdaulichsten dürfte sein: Kartoffelbrei, Reisgemüse (lange im Bain marie gekocht!), Nudeln, eventuell noch Spargeln, Maccaroni, Salzkartoffeln, (Spinat). Gelbrüben und Rosenkohl sind weniger empfehlenswert. c) Dessert. Aepfelcompot mit Cakes, Eierpudding, Karlsbader Crême, spanischer Suppennudel-Auflauf, Omelette soufflée, Griespudding. Abendessen: Am besten bekommt gewöhnlich Tapioca- oder Griesmilchbrei, welchem man noch ein Ei zusetzen mag. Ferner kann man zur Abwechslung geben: Rührei, gekochten oder rohen Schinken, kaltes Geflügel. Weniger empfehlen sich kalte Zunge und Roastbeef für den Abend.

Dr. Hesse geht die deutsche Litteratur seit 1875 durch und legt dar, was Alles als Magenerweiterung angesehen worden ist. Er gibt die bekannte Auffassung Ewald's wieder, dass man nur dann von Magenerweiterung reden soll, wenn der Magen andauernd — auch im leeren Zustande — zu gross ist und sich ungenügend entleert. Eine einfache Herabsetzung des Tonus der Magenmusculatur mit vorübergehender Erweiterung bei vollem Magen soll man als Atonie des Magens, Magenerschlaffung bezeichnen.

Dr. Turck (Chicago) schlägt vor, bei Myasthenia gastrica eine Gymnastik der Magenmusculatur selbst anzuwenden. Es handelt sich darum, den Magen mittels eines angegebenen Instrumentes wechselweise in den Zustand von Dehnung und Contraction zu versetzen. Dieses Instrument ist eine doppelläufige Sonde, deren längerer Schlauch bei der Einführung durch die Speiseröhre bis zur grossen Curvatur, während der kürzere nur bis zur Cardia reicht. Das eine Schlauchende steht nach aussen mit der Luftpumpe in Verbindung, das andere mit einem Manometer. Gewöhnlich wird der längere Schlauch zum Einlassen der Luft benutzt. Die Einführung dieses Doppelschlauches gelang stets leicht. Auch die Anwendung von Heissluft in trockenem oder feuchtem Zustand ist durch geringe Modification des Instrumentes möglich. Verfasser will durch die Anwendung seiner Methode glänzende Erfolge erzielt haben, indem er schon nach einem Monat eine bedeutende Abnahme des Durchmessers dilatirter Mägen constatiren und ein rasches Verschwinden aller Beschwerden und eine beträchtliche Zunahme an Körpergewicht beobachten konnte.

Prof. Jaworski (Krakau) gebraucht seit zwei Jahren mit bestem Erfolg in Fällen von einfacher, saurer Magenhypersecretion, sowie von saurem Magencatarrh, von welchen eine grosse Anzahl mit Stuhlverstopfung einhergeht, dann in Fällen von fermentativer Dyspepsia acida zwei Arten von Heilwässern, und zwar:

I. Aqua magnesiae effervescens mitior von folgender Zusammensetzung.

| | |
|---|---|
| Magnesiae carbonicae | 5,0 |
| Magnesiae salicylicae | 1,0 |

Digitized by Google

solve in aquae acido carbonico impregnatae 1000,0

II. Aqua magnesiae effervescens fortior von folgender Zusammensetzung:

Magnesiae carbonicae 10,0
Natrii chlorati 5,0
solve in aquae acido carbonico impregnatae 1000,0.

Das schwächere Magnesiawasser verwendet Autor als Tafelwasser zu $^1/_4$—$^1/_2$ Trinkglas $^1/_2$—1 Stunde nach jedem Essen (vier bis sechsmal täglich), um die Acidität des Mageninhaltes abzuschwächen oder dessen saure Fermentation anzuhalten, und zwar in Fällen, wo zugleich die Stuhlretardation mässigen Grades besteht. Das stärkere Magnesiawasser verordnet er entweder allein oder neben dem schwächeren, welches letztere während des Tages, wie oben angegeben, gleichzeitig getrunken wird — behufs einmaliger Entleerung in Fällen hartnäckiger Obstipation. Zu diesem Zwecke wird das stärkere Wasser bloss einmal im Tage, Morgens früh nüchtern oder auf die Nacht vor dem Schlafengehen, zu 1—2 $^1/_2$ Trinkglas im Verlaufe von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ausgetrunken.

Die Stasis alimentaria, oder das abnorm lange Verweilen der Ingesta im Magen bei chronischen Magenkrankheiten, bei denen die Ursache dieses Zustandes kein bleibendes mechanisches Hinderniss oder eine organische Läsion ist, kann nach Dr. Martmet auf folgende Art beseitigt werden. Der Patient braucht sich nur $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach dem Essen um die Zeit, wo die Uebelkeit zu beginnen pflegt, auf ein Bett oder eine Chaiselongue und zwar auf der rechten Körperseite und mit etwas erhöhtem Kopf zu lagern und in dieser Stellung eine Tasse heissen Lindenblüten- oder Kamillenthee zu trinken. Einige von den unangenehmen Erscheinungen verschwinden dann sofort, wie die Regurgitationen, das Aufstossen, die Uebelkeit, zuweilen auch der Schwindel. Nach einigen Minuten, höchstens nach einer halben Stunde hat der Kranke das Gefühl, dass die Ingesta den Magen verlassen haben, und damit ist er von allen unangenehmen Sensationen befreit.

Dr. König (Budapest) empfiehlt nach französischen Autoren zur Behandlung der Anorexie die Einwirkung grosser Kälte auf die Magengegend. Mit Hilfe flüssiger Kohlensäure werden Temperaturen von 65° C. bis 85° C. erzielt. König hat dieses sogenannte krymotherapeutische Verfahren namentlich bei der habituellen Appetitlosigkeit der Tuberculösen angewandt und kommt zu der Erfahrung, dass der Appetit in den meisten Fällen schon innerhalb einiger Tage sich sehr bedeutend bessert. Vermutlich handelt es sich um eine durch die Kälte hervorgerufene reactive Hyperämie mit besserer Function des Magens. Die Anwendung der Crymotherapie ist folgende: Die käufliche flüssige Kohlensäure wird aus dem Eisenbehälter in einem der Grösse des Magens entsprechenden Beutel aus Segelleinwand aufgefangen. Dort erstarrt sie zu Schnee. 1—2 kg davon werden Morgens und Abends ca. $^1/_2$ Stunde lang auf die Magengegend applicirt. Die Temperatur der Haut sinkt bis auf + 5° C. Unangenehme Nebensymptome traten nicht auf.

Dr. Otradinski hebt die tonische, anticatarrhalische und namentlich auch die schmerzstillende Wirkung des Extractum fluid. Condurango bei Erkrankungen des Magens hervor. Besonders bei Ulcus ventriculi und nervösen Cardialgien hat er besonders günstigen Erfolg von dem Mittel gesehen.

Dr. Boas (Berlin) trachtet das Indicationsgebiet der Magenausspülungen, die nach Autor zu oft angewendet werden, einzuschränken. So fehle jede rationelle Grundlage für die Anwendung von Magenspülungen bei der sogenannten Magenatonie, mit oder ohne Gastroptose, da hier der Chymus zwar verzögert, aber ohne Rest, also auch ohne nachweisliche Zersetzungsprocesse durch den Pylorus geschafft wird. Auch bei der chronischen Gastritis mit ohne starke Schleimbildung ist die Magenausspülung überflüssig. Wenn man auch auf diese Weise den Schleim bisweilen mechanisch leicht entfernen kann, so kann dieser Effect doch häufig durch schleimlösende Agentien, wie Karlsbader Wasser, Vichy, Neuenahrer Sprudel, in einfacherer Weise erreicht werden. Liegt keine starke Schleimabsonderung vor, so ist die Magenspülung überhaupt

Digitized by Google

nicht zu begründen und ebenso wenig am Platze, wie beim Ulcus ventriculi und den verschiedenen functionellen Erkrankungen des Magens. Beim Carcinom des Magens sieht man palliativen Nutzen von den Spülungen, wenn die Retention eine nur mässige ist. Liegt aber eine schwere Stauung vor, wie beim vorgeschrittenen Pyloruscarcinom, so soll man die Magenspülungen unterlassen, da sie das Befinden nur verschlechtern können. Wendet man sie bei den Fällen erstgenannter Art an, so soll man dies auch nicht in der Häufigkeit und Intensität thun, wie vielfach noch üblich. Eine wöchentlich ein bis zweimalige Spülung genügt vollständig.

Prof. Einhorn (New-York) hat in mehreren Fällen von Magenerkrankungen im Spülwasser des nüchternen Magens schwärzlichgraue, bald braungrüne Flocken (2 bis 5 mm im Durchmesser, in verschiedener Zahl, 4 bis 50 und darüber) gefunden, welche aus lauter Sporen und Pilzfäden bestanden. Manchmal waren diese schwärzlichen Schimmelrasen in Schleim eingebettet und mit zahlreichen Epithelzellen gemengt, was auf das innere Verhältniss zwischen den Pilzen und der Schleimhautoberfläche deutet. Die Brotculturen dieser Rasen liessen Colonien von einem Aspergillus, einem Penicillium und eine Mucorcolonie erkennen. Ein grosser Schimmelüberzug der Mucosa scheint für die Function des Magens nicht gleichgiltig zu sein. Jedenfalls muss man schon von der mechanischen Wirkung des Schimmels Reizzustände und auch entzündliche Vorgänge erwarten. Verf. hat die Schimmelbildung in zwei Gruppen von Magenerkrankungen angetroffen, erstens bei intensiver Hyperchlorhydrie, und zweitens bei Gastralgien. Die Therapie hat die Aufgabe, den Magen vom Belage zu befreien. Das gelingt auf mechanische Art durch Magenspülungen im nüchternen Zustande. Auch Berieselungen des Magens mit der Magendouche dürften in der Hinsicht günstig wirken. Nachfolgendes Besprengen des Organs mit einer antiseptischen Lösung (wie Silbernitrat) wäre auch zu empfehlen.

Dr. Schlesinger empfiehlt, die Magenausspülungen bei Säuglingen in sitzender Haltung des Kindes vorzunehmen, nicht in Rückenlage oder Seitenlage mit gesenktem Kopfe. Die Sonde wird durch den Mund, nicht durch die Nase eingeführt. Nur für die allerkleinsten Säuglinge von 1—2 Monaten wird zur Spülung ein Nélatonkatheter (etwa Nr. 22), sonst eine rechte Magensonde benutzt. Als Spülflüssigkeit wird am besten reines Wasser, ohne chemisch-medicamentöse oder desinficirende Zusätze, verwandt, dies um so mehr, als gewöhnlich ein Teil der Flüssigkeit im Magen zurückbleibt. Die Sonde muss 25—35 cm weit eingeführt werden; die auf einmal einzugiessende Flüssigkeitsmenge schwankt nach der Kapacität des Säuglingsmagens zwischen 50 und 150 ccm; die Druckhöhe muss manchmal fast einen Meter betragen. Erwähnt sei ferner die ausserordentlich grosse Toleranz gerade der allerjüngsten Säuglinge (geringere Reflexerregbarkeit), das nicht seltene Vorkommen der Unterdrückung der Atembewegung beim Einführen der Sonde durch Würgen (wodurch ein Hineingelangen der Sonde in den Kehlkopf vorgetäuscht werden kann; dies letztere ist so gut wie ausgeschlossen), das bei zu starker Füllung des Magens vorkommende Ueberlaufen desselben, im Gegensatz zu dem Erbrechen von Flüssigkeit neben dem Schlauch durch heftiges Würgen, schliesslich der zuweilen eintretende, nie schädliche Ermüdungszustand des Säuglings nach der Spülung. In diagnostisch-therapeutischer Hinsicht ist bemerkenswert das Fehlen freier Salzsäure bei mittelschweren Fällen, der Befund massenhafter Eiterzellen, Soor und Bakterien in grossen Haufen bei schweren Fällen. Bei der Einfachheit der Technik, gerade beim Säugling, und der Gefahrlosigkeit (Contraindication nur bei schwerem Collaps), bei dem grossen Effect der Magenspülung (Beseitigung der Schleimmassen, der unverdauten und unverdaulichen Milchklumpen, der Gährungs- und Zersetzungsproducte aus denselben) empfiehlt Schlesinger sich zu dem Verfahren leichter zu entschliessen, als dies — namentlich in der Privatpraxis — gewöhnlich der Fall ist; er hält auch bei weniger schweren Fällen von Gastroenteritis die Indication

Digitized by Google

dann für gegeben, wenn man gegen das Erbrechen mit einer sonst bewährten diätetischen und eventuell auch medicamentösen Therapie nicht rasch etwas ausrichtet. Eine diätetische Therapie, Reducirung der zu verdauenden Nahrung auf ein Minimum in der allernächsten Zeit, muss mit der Ausspülung Hand in Hand gehen.

Auch Dr. Steinhardt (Nürnberg) hält die Magenausspülung bei kleinen Kindern, selbst bei Säuglingen in der Privatpraxis für technisch leicht ausführbar. Sie bringt dem Kinde keinen Schaden und ist vor Allem dann bei den acuten Verdauungstörungen der kleinen Kinder indicirt, wenn man mit einer sonst bewährten medicamentösen und diätetischen Therapie eine wesentliche Besserung des Erbrechens nicht erzielt. In weitaus den meisten Fällen tritt eine deutliche, mehr weniger rasche Besserung in Folge der Magenspülung ein.

Ueber occulte Magenblutungen von Dr. Boas (Deutsche med. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitung Nr. 8). — Prof. Fleiner über Indicationen und Contraindicationen für die Wismuthbehandlung des Magengeschwürs auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Wiener med. Blätter Nr. 42). — Diagnostische und therapeutische Bemerkungen zum Ulcus ventriculi chronicum von Dr. Agéron (Schm. Jahrb. 269. Bd. 1. Heft). — Ueber die Anwendung der Magensonde bei Ulcus ventriculi von Dr. Flade (Münchener med. Wochenschr. Nr. 33). — Ueber die diätetische Behandlung der chronischen Magenkrankheiten von Prof. Schüle (Deutsche Praxis Nr. 14). — Begriff und Wort „Magenerweitung" in der deutschen Litteratur seit 1875 von Dr. Hesse (Berliner klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 2. Heft). — Eine neue Behandlungsmethode der gastrischen Myasthenie durch pneumatische Gymnastik von Dr. Turck (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 8. Heft). — Ueber den Gebrauch der Aqua magnesiae effervescens von Prof. Iaworski (Ther. Monatsh. 1. Heft). — Stasis alimentaria und die Lagerung auf der rechten Körperseite von Dr. Martinet (Presse méd. — Ther. Monatshefte 5. Heft). — Behandlung der Anorexie von Dr. König (Klin.-ther. Wochenschr. — Ther. d. Gegenwart 7. Heft). — Condurango bei Erkrankungen des Magens von Dr. Otradinski (Medic. Obosr. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 11 u. 12). — Ueber Indicationen und Contraindicationen der Magenausspülungen von Dr. Boas (Ther. der Gegenw. 12. Heft). — Das Vorkommen von Schimmel im Magen und dessen wahrscheinliche Bedeutung von Prof. Einhorn (Deutsche med Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 42). — Dr. Schlesinger über Magenausspülungen bei magendarmkranken Säuglingen im unterelsässischen Aerzteverein (Münchener med. Wochenschr. Nr. 39). — Ueber Magenausspülungen im Kindesalter von Dr Steinhardt (Münchener med. Wochenschr. Nr. 16).

**Malaria.** Ueber den heutigen Stand der Malariaforschung hielt Prof. Enke in der medicinischen Gesellschaft zu Magdeburg einen Vortrag. Bezüglich der Uebertragung der Plasmodien durch Mücken ist nach Enke Folgendes festgestellt. Im Winter hindurch bis zum Beginn der heissen Jahreszeit finden sich Malariakranke vor, die teils an Recidiven leiden, teils ganz gesund erscheinen, aber die Laveran'schen Formen, Dauerformen von ihrem früheren Anfall her noch im Blute haben und welch' letztere sich im menschlichen Blute nicht weiter entwickeln können. Die an Recidiven Leidenden brauchen nur von Mücken gestochen zu werden, welche das Blut aufsaugen, um das Malariablut sofort anderen Gesunden durch Stich einzuimpfen; die anderen geben im Stich mit ihrem Blute die halbmondförmigen Gebilde (Laveran's) ab, welche sich im Körper der Mücke weiter entwickeln und dann den Parasiten durch Stich wieder auf den Menschen übertragen. Koch u. A. stellen den Grundsatz auf: „Wo keine Mücke, da keine Malaria", und beweisen dies auch. Als Folge der Infection tritt nach italienischen Autoren eine morphologische und eine chemische Blutdyskrasie ein. Die morphologische besteht darin, dass das Plasmodium in die Blutzelle eindringt, das Hämoglobin ganz oder teilweise aufzehrt und sogar das Blutkörperchen zum Zerfall bringen kann, so dass Hypoglobulie und Anämie und weiter Kachexie entsteht. Die chemische Blutdyskrasie wird direct durch die in sehr grosser Zahl in das Blutplasma eindringenden oder aus den zerfallenen Blutkörperchen dorthin sich ergiessenden und dasselbe inficirenden Sporen verursacht. Diese erzeugt Fieber und gibt zur Bildung von toxischen Producten (Hämatoxine) Anlass, welche das Nervensystem und speciell die vasomotorischen Ganglien schädigen.

Prof Mauson (London) ist es durch folgende zwei Versuche gelungen, die Richtigkeit von der Lehre der Verschleppung der Malaria durch

Digitized by Google

Moskitos zu beweisen. 1. Aus einer italienischen Malariagegend wurden Moskitos, welche mit dem Blute einiger an Malaria (tertiäre und benigne Form) erkrankter Personen genährt wurden, nach London bezogen. Der Sohn des Verfassers, ein gesunder, kräftiger Mensch, wurde den Stichen dieser Moskitos ausgesetzt. Nach einigen Tagen bekam derselbe Malaria; in seinem Blute wurden Malaria-Plasmodien gefunden. 2. Drei gesunde, kräftige Engländer haben sich in einer durch Malaria verseuchten italienischen Ortschaft für einige Zeit niedergelassen. Sie bewohnten eine in England construirte Holzbaracke, verliessen nicht das Haus vom Sonnenuntergange bis zum Sonnenaufgange und schützten sich durch Netze und andere Maassregeln vor den Stichen der Moskitos. Diese Versuchspersonen sind gesund geblieben, während ihre Umgebung an Malaria erkrankte. Die Versuche beweisen, dass das Malariaproblem zu lösen ist, und zwar 1. durch Meiden der Wohnungsstätten der Eingeborenen, welche die Quelle des Malariaparasiten bilden, 2. durch Trockenlegen der Sümpfe, welche durch die Gattung der „Anophelen" inficirt sind und 3. durch Schutz vor den Stichen der Moskitos.

Prof. Koch (Berlin) liefert eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der deutschen Malariaexpedition. Autor selbst konnte bei seinen Untersuchungen sowohl in Italien, wie in den Tropen ausser den bekannten Arten der Tertiana und Quartana nur eine einzige Art von Parasiten antreffen, welche beständig ringförmig geformt sind, unter Umständen halbmondförmige Gestalt annehmen und eigentümlichen Fieberanfällen mit unverkennbarem tertianen Typus entsprechen. Trotz genauester Nachforschungen fand Verfasser nirgends einen anderen Malariaparasiten als die drei genannten Arten. Er glaubt daher, dass es keine weiteren Arten gibt. Anstatt der Bezeichnungen „Estivoautumnalfieber" und „maligne Tertiana" für diese dritte Malariaerkrankung schlägt er vor, den von jeher gebrauchten Namen „Tropenfieber" beizubehalten. Verfasser geht weiter auf die von ihm schon früher berichtete, besonders durch seine Nachforschungen in Neu-Guinea begründete Thatsache ein, dass die Malaria, wenn sie ungestört bleibt, sich auf die Kinder beschränkt. Alle Menschen, über 5—10 Jahre in Dörfern, wo die Malaria endemisch ist, sind frei von Malaria. Erwachsene Personen in solchen Gegenden, die an Malaria leiden, sind von auswärts zugezogen. Verfasser erklärt diese Thatsache dadurch, dass es sich hier um eine zwar langsam erworbene, aber echte, natürliche Immunität handelt. Ausserdem stellte Verfasser fest, dass die eine Art der Malaria nicht gegen die andere schützt; es handelt sich hier also um eine specifische Immunität. Diese natürliche Immunität wird nur erworben, wenn die Malaria ohne arzneiliche Behandlung bleibt; durch die Chininbehandlung wird der immunisirende Krankheitsprocess künstlich unterbrochen. In den Dörfern auf Neu-Guinea constatirte Koch bei fast allen Kindern eine erhebliche Milzschwellung in Folge von Malaria, besonders bei den Kindern von 3—6 Jahren; bei den Leuten von 14—15 Jahren fand sich dagegen gar keine fühlbare Milzvergrösserung mehr: deshalb nimmt Koch an, dass diese Milztumoren sich im Laufe der Jahre allmählich zurückbilden. Ist der Mensch immun geworden oder wird er vollständig geheilt und keiner neuen Infection ausgesetzt, so verlieren sich Milztumor, Anämie und sonstige Nebenerscheinungen der Malaria vollkommen auch ohne unser Zuthun. Vor der Immunität und Genesung gibt es noch ein Stadium der latenten Malaria; hier finden sich ausser Milzschwellung und Anämie eine geringe Zahl von Malariaparasiten im Blut und zwar auffallend häufig in der Form, welche für die Weiterentwickelung in der Mücke bestimmt ist. Bei Quartana und Tertiana finden sich die sogenannten Sphären, beim Tropenfieber die Halbmonde. Diese latenten Fälle von Malaria sind in Beziehung auf die Weiterverbreitung am gefährlichsten; denn die frischen, unter stürmischen Symptomen verlaufenden Fälle kommen in der Regel in die Hände des Arztes, welcher durch Chininbehandlung die Parasiten unschädlich macht, von den latenten Fällen dagegen, welche unbehandelt bleiben, entnehmen die Mücken vorzugsweise das Material zur Infection. Die menschlichen

Digitized by Google

Malariaparasiten kommen, soweit sich bisher feststellen liess, ausser in dem Zwischenwirt der Mücke, nur im Menschen vor. Die Uebertragungsversuche auf Affen verliefen völlig negativ. Das unübertroffene Mittel gegen Malaria ist noch immer das Chinin; nur Methylenblau kann gelegentlich an dessen Stelle treten; letzteres wirkt langsamer; es kommt in solchen Fällen zur Anwendung, wo ein unüberwindlicher Widerwille gegen das Chinin oder wo Disposition zum Schwarzwasserfieber besteht. Nur die besten krystallisirten Präparate des Chinin sollten Verwendung finden; Koch zieht das salzsaure Chinin allen anderen Präparaten vor. Oblaten sind zum Einhüllen des Chinins am zweckmässigsten, aber viele Menschen benehmen sich beim Einnehmen derselben so ungeschickt, dass man darauf verzichten muss. Am sichersten und einfachsten wird das Chinin in Lösung verabreicht. Man kann sie sich selbst in der Weise herstellen, dass man z. B. 10 g Chinin in ein Wasserglas schüttet und langsam Salzsäure dazu tropft, bis alles gelöst ist. Dann wird die Flüssigkeit unter mehrfachem Nachspülen in einen Messcylinder gebracht und bis zu 100 ccm aufgefüllt. 10 ccm einer solchen Lösung enthalten 1 g Chinin. Die Lösung hält sich nur einige Wochen, deshalb halte man nicht einen zu grossen Vorrat davon. Das beste Geschmackscorrigens der recht unangenehm schmeckenden sauren Lösung ist ein unmittelbar darauf genommenes Stück Zucker.

Prof. F. Plehn glaubt, dass man beim Europäer künstlich eine Immunität gegen Malaria erzeugen kann, indem man längere Zeit hindurch in fünftägigen Intervallen Chinindosen à ½ g nehmen lässt. Hierdurch werden die Parasiten nicht völlig abgetödtet, sondern nur in ihrer Entwicklung beeinträchtigt; die so Behandelten können in ihrem Blut Parasiten enthalten, ohne dass Krankheitserscheinungen auftreten, in der ersten Zeit kommen auch leichtere Fieberbewegungen vor, diese scheinen erforderlich zu sein, um eine allmähliche Immunisirung zu erzeugen. Diese Art der Immunisirung hat zuerst des Verfasser's Bruder A. Plehn in grösserem Maassstab erprobt; das Princip der künstlichen Abschwächung des Krankheitserregers wird hierbei benutzt. Man könnte auch die Malaria durch inficirte Mücken an beliebigen Orten übertragen und durch gleichzeitig und regelmässig gegebenes Chinin den Verlauf der künstlichen Infection abschwächen, in jedem Fall sie völlig harmlos für den Inficirten gestalten. Auf diese Weise liesse sich im Laboratorium die künstliche Immunisirung durchführen. Verfasser glaubt, dass sich diese Art der künstlichen Immunisirung in malariafreien Gebirgssanatorien, die mit den erforderlichen Mengen inficirter Mücken versehen werden könnte, systematisch im Grossen durchführen liesse.

Prof. Celli (Turin) hat im Laufe der Zeit eine Reihe von prophylaktischen Mitteln gegen Malaria empfohlen, von denen als recht brauchbar anerkannt werden konnten: das Chinin und der persönliche Schutz gegen den Stich durch Netze. Alle übrigen chemischen Mittel, wie Räucherungen, Anstriche mit desinficirenden Lösungen, Besprengung mit Terpentin, Petroleum, Säuren u. s. w. führten nicht zu dem gewünschten Ziele. Celli schreibt dem Chinin eine bedeutsame Wirkung zu, will aber die Dosen viel höher gegeben wissen, wie Koch es empfiehlt, weil seiner Meinung nach der Schutz nach so geringen Dosen auch zu gering sei. Des Verfassers neueste prophylaktische Maassnahme beruht aber auf dem Schutze der Personen und der Häuser vor den Belästigungen der Stechmücken durch Netze. Er hat in grossem Maassstabe Versuche angestellt auf den berüchtigten Eisenbahnlinien Cervara und Pontegalera, weiter in Latium, in der Provinz Salerno und Foggia, welche alle zu grosser Zufriedenheit ausgefallen sind. Wenn daneben noch für die Desinfection des Blutes und passende Assanirung sumpfiger Gegenden gesorgt wird, so kann eine allgemeine Volksprophylaxe erreicht werden und es ist dann möglich, die Malaria von solchen Orten gänzlich auszurotten.

Die Beobachtungen, die Prof. Di Mattei (Catania) an italienischen Bahnarbeitern anstellte, ergaben, dass man selbst in stark verseuchten Gegenden und auch beim Schlafen im Freien, beziehungsweise

Digitized by Google

bei offenen Fenstern nicht an Sumpffieber erkrankt, sobald man sich hinreichend gegen Mückenstiche schützt, indem man die Mücken durch Drahtgitter, Netze, auch durch Einreibungen mit stark riechenden Oelen (Terpentinöl) von sich abhält.

Auf Grund seiner in Kamerun gewonnenen Erfahrungen kommt Dr. Ziemann bezüglich des Schwarzwasserfiebers zu folgenden Schlüssen: 1. In gewissen schweren Malariaherden entsteht bei einer gewissen Zahl von Leuten, die einen oder mehrere Malariaanfälle bereits durchgemacht haben, die zeitlichen Schwankungen unterworfene Disposition zum Schwarzwasserfieber. Im Allgemeinen nimmt sie mit der Zahl der überstandenen Fieber zu, kann aber auch, wenn eine relative Resistenz gegen Malaria erreicht ist, mehr oder weniger wieder verschwinden. Diese Disposition zum Schwarzwasserfieber kann bei den kräftigsten Leuten aus ganz gesunder Familie entstehen. 2. Diese Disposition scheint am leichtesten zu entstehen bei Leuten, die eine Infection mit den kleinen Parasiten der Tropica oder der Aestivo-Autumnalis durchgemacht haben. 3. In Bezug auf die Thatsache, dass das Schwarzwasserfieber nur oder mit Vorliebe in gewissen schweren Malariagegenden vorkommt, macht Verfasser darauf aufmerksam, dass doch möglicherweise eine verschiedene Virulenz der Parasiten besteht, je nach den localen Bedingungen, denen sie ihre Entstehung verdanken, ohne dass sie artverschieden zu sein brauchen. Ausserdem ist nicht zu vergessen, dass in einem so gefährlichen Schwarzwasserfieberherde wie Kamerun nur wenig sexuale Formen, wie Halbmonde etc. sich finden. Diese in Italien sehr häufigen Formen finden sich meist nur in zur Heilung disponirenden Fällen. Auf Grund der oben erwähnten Disposition kann es nun zum eigentlichen Schwarzwasserfieberausbruch kommen: a) Durch einen neuen Malariaanfall allein, ohne dass Chinin vorher genommen worden ist. b) Durch einen neuen Malariaanfall und gleichzeitige Verabreichung von Chinin. Diese Fälle sind in Kamerun bei weitem überwiegend. c) Durch Chinin allein bei Disponirten, die früher Malaria überstanden, bei denen gegenwärtig aber im peripheren Blute keine Parasiten gefunden werden. Das sind die von Tommaselli als Chininintoxication beschriebenen Fälle. d) Ohne Chinin bei Disponirten, die früher Malaria überstanden und die, nachdem sie früher schon Schwarzwasserfieber überstanden, diese Krankheit später bekommen können, ohne dass vorher Chinin gegeben ist und ohne dass sich Parasiten der Malaria im peripheren Blute finden liessen.

Während die Wirkung des Chinins nach Dr. Iwanoff hauptsächlich auf den Kern, das Chromatin der Parasiten gerichtet ist, äussert sich die des Methylenblau auf das Protoplasma. Desshalb sind nach Autor die wenig Plasma enthaltenden Jugendformen ziemlich unempfindlich gegen Methylenblau, während die erwachsenen Parasiten, und namentlich die fast ganz aus Plasma bestehenden Halbmondformen, durch dasselbe zerstört werden.

Dr. Buro (Versecz) schlägt das salpetersaure Natrium, welches ganz indifferent sein soll, als Malaria-Heilmittel vor. Das salpetersaure Natrium hat den Vorzug der einfachen Beibringungsweise, alterirt die Verdauung nicht, stellt kein Nervengift dar, in Folge rascher Resorption wirkt es fast unmittelbar nach dem Gebrauche, so dass es im Stande ist einen zu gewärtigenden Anfall zu coupiren, seinen Verlauf bedeutend zu verkürzen und gelinder zu gestalten. Ein weiterer, nicht unbedeutender Vorteil besteht darin, dass es ohne Rücksicht auf die Zeit der Darreichung und das Stadium der Erkrankung jederzeit seine Wirkung entfaltet. Die gewöhnliche Einzelgabe beträgt bei Erwachsenen gewöhnlich 1,5 g, doch sind manchmal auch grössere und mehrmalige Gaben erforderlich. Buro wendete auch subcutane Injectionen mit gutem Erfolge an. Buro erwähnt, dass, wie es auch bei Chinin vorkommt, auch in manchen Fällen der Natronsalpeter versagte, es sind dies eben Fälle, wo sich die Parasiten im Parenchym von Organen, besonders in der Milch, befinden, in anderen Fällen ist die Dosirung eine ungenügende.

Digitized by Google

Dr. Schwalbe (Los Angelos) bezweifelt die Richtigkeit der Moskitolehre bezüglich der Uebertragung der Malaria und hält die „Plasmodien" nicht für Mikroorganismen, sondern für veränderte rote Blutkörperchen, die sich auch bei anderen Krankheiten finden. Autor kritisirt den Wert der experimentellen Impferfolge beim Menschen. Zunächst sei die Malaria nicht ansteckend, was leicht zu beweisen sei dadurch, dass in dicht bevölkerten Städten, in die sicher viele Malariakranke kommen, z. B. Rom, Hamburg u. A. keine Uebertragung der Krankheit erfolge; ebensowenig z. B. auf Schiffen. Vor allen Dingen fordert er für die Stichhaltigkeit der Impfversuche, dass der Impfling weder vor, noch nach der Impfung Gelegenheit haben darf, anderweit Malaria zu erwerben — eine Forderung, die sehr schwer zu erfüllen sein wird. Bezüglich des Modus der experimentellen Uebertragung hält Autor den Blutegel für nicht günstig, da dieser in seinen Eingeweiden das menschliche Blut so verändert, dass es genau aussieht wie das der Malariakranken. Autor konnte bei Kaninchen und Hunden durch subcutane Injection einer Lösung von Acetylphenylhydrazin und Toluylendiamin morphologische Veränderungen des Blutes erzeugen, die denen bei der Malaria täuschend ähnlich waren. Nur fehlte die Melanose. Diese ebenfalls zu erzeugen gelang ihm erst durch Vergiftungen mit Kohlenoxydgas, Kohlenoxysulfid und den Gasen der Flachsröste. Bezüglich der Prophylaxe und Therapie erwähnt Autor: hochgelegene Schlafzimmer, die Bindung der sauren Malariagase durch Alkalien (Gazefenster, die mit Kalkwasser oder Kalkmilch bestrichen sind u. s. w.), Vermengung umgewühlten Bodens in malariaverdächtigen Gegenden mit basischem Aetzkalk oder Kalk-Carbonat, Vermeidung der Erkältungen und des Genusses geistiger Getränke. Das Chinin hält er, dauernd genommen, nicht für ganz ungefährlich, vor Allem nicht wegen seiner schädlichen Wirkung auf den Digestiontractus. Er glaubt natürlich nicht, dass die „Plasmodien" durch Chinin getödtet werden und ist vielmehr der Meinung, dass der Hydrotherapie später eine grosse Rolle zukommen wird bei der Behandlung der Malaria.

Prof. Enke über den heutigen Stand der Malariaforschung in der medicinischen Gesellschaft zu Magdeburg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 11). — Experimentelle Beiträge zur Lehre über die Verschleppung der Malaria durch Moskitos von Prof. Manson (Progr. méd. — Wiener med. Blätter Nr. 13). — Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Malariaexpedition von Prof. Koch (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 1). — Ueber die praktischen Ergebnisse der neueren Malariaforschung und einige weitere Aufgaben derselben von Prof. Plehn (Deutsche med. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr 101). — Die neue Malariaprophylaxis von Prof. Celli (Arch. f. Hyg. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 31). — Die Prophylaxe des Malariafiebers durch Schutz des Menschen gegen die Schnacken von Prof di Mattei (Centralbl. f Bakt. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 1. Heft). — Ueber das Schwarzwasserfieber von Dr. Ziemann (Allg. milit. Zeitg. — Allg. med. Central-Zeitung. Nr. 31). — Ueber die Veränderungen der Malariaparasiten während der Methylenblaubehandlung von Dr. Iwanoff (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 18). — Studie über die Wechselfieberkrankheit von Dr. Buro (Pest. med. Presse. — Ung. med. Revue Nr. 9).

**Mastitis.** Die Prophylaxe der Mastitis wird nach Dr. Müry in der Baseler Frauenklinik folgenderweise gehandhabt. Für die Schwangerschaft werden Waschungen mit Warmwasser und Seife empfohlen. Nach der Geburt werden Warze und Warzenhof mit gesättigter Borlösung gereinigt, Borken mit Vaseline entfernt. Auf jede Warze kommt ein mit 4 %iger Borlösung getränktes Gazeläppchen, darüber Guttapercha, schliesslich sterile Gaze. Diese Läppchen werden nach dem Stillen erneuert, bleiben aber sonst Tag und Nacht liegen. Auch der kindliche Mund wird vor und nach dem Anlegen ebenso wie die Warze gereinigt. Der Keimgehalt der Warzenoberfläche und der Milch geht unter der Borbehandlung zurück. Der Procentsatz der eitrigen Mastitis blieb stets unter ½ und war in den letzten beiden Jahren 0. Die unter dem Borläppchen nachweisbaren Bakterien sind niemals Stäbchenformen, sondern im Wachstum zurückbleibende Staphylokokken. Vor den andern Mitteln hat das Bor den Vorzug, dass es die Haut der Warze nicht reizt und für das Kind unschädlich ist.

Digitized by Google

Prophylaxe der Mastitis von Dr. Müry (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. — Ther. d. Gegenw. 9. Heft).

**Mechanotherapie.** Dr. Paravicini empfiehlt, der Morgens früh im Bette in Rückenlage ausgeführten Selbstmassage mit der Sahli'schen Massirkugel die Selbstmassage im lauwarmen Bade von 32° C. anzuschliessen. 5—10 Min. genügen, wenn etwas Kraft entfaltet wird. Die Dicke und Spannung der Bauchdecken ist leicht zu überwinden und vor dem Zuviel wird man durch die auffallende Schmerzhaftigkeit gewarnt. Dass eine ganz directe Einwirkung auf die Peristaltik ausser allem Zweifel steht, erhellt schon daraus, dass es gar nicht schwer ist, einzelne Flatus durch den Anus zu drücken, die in Form von Luftblasen durch das Wasser steigen. Beim weiblichen Geschlecht wirkt diese Selbstmassage im lauen Bade nicht selten regulirend auf die Blutdruckverhältnisse im ganzen Abdomen und auf die Menstruation. Zur Ausführung von Muskelübungen im Wasser soll die Wanne möglichst gut gefüllt sein, so dass man bis zu den Schultern untertauchen kann. Sodann streckt und beugt man von unten bis oben sämmtliche Gelenke langsam und kräftig, wobei Extension, Flexion, Pronation und Supination der Reihe nach und systematisch zum Ausdruck kommen. Dann reibt und knetet man einen Arm mit dem anderen und beide Beine mit beiden Händen. Diese Wassergymnastik und Massage kann mit Nutzen als begleitende Procedur einer sogenannten Terraincur gebraucht werden.

Untersuchungen, welche Dr. Ekgren über den Einfluss der abdominellen Massage auf Blutdruck, Herzthätigkeit und Puls, sowie auf die Peristaltik an der Klinik des Prof. Senator in Berlin anstellte, haben bestätigt, dass die Bauchmassage auf die Herzthätigkeit beruhigend und verlangsamend und bis zu einem Grade regulirend wirkt. In Fällen von Herzaffectionen mit oder ohne direct diagnosticirbare Compensationsstörungen kann die abdominale Massage, wenn nicht subtil ausgeführt, ein zweischneidiges Schwert sein. Das subjective Befinden des Patienten kann durch wochenlang fortgesetzte Massage verbessert werden. Auf die primäre Ursache des Leidens kann jedoch nur symptomatisch und indirect eingewirkt werden, indem durch die Behandlung der Herzmuskel zeitweise entlastet wird. Dass bei schweren Muskelveränderungen kein definitiver Heilerfolg eintreten kann, zeigt sich deutlich auch darin, dass zwei der an Herzmuskelerkrankungen leidenden Patienten einige Monate später gestorben sind. Ausser einer Verlangsamung der Pulsfrequenz wird aber auch noch ein Sinken des Gefässtonus erzeugt. Der Einfluss auf den Tonus kommt nach Autor durch die Erzeugung einer starken abdominellen Gefässfüllung zu Stande. Ausserdem kann die abdominelle Massage vermutlich noch auf reflectorischem Wege, vielleicht durch den Vagus, eine Bradycardie und eine Vasodilatation hervorrufen.

Ueber die Bauchmassage und ihre Anwendung bei den Affectionen der Digestionsorgane berichtet Dr. Cautru. Die Bauchmassage umfasst: 1. die Totalmassage des Bauches; 2. die Massage der Därme; 3. die Massage des Magens. Selbst bei den Affectionen, die auf Magen oder Dickdarm begrenzt sind, beginnt man zweckmässig mit der Totalmassage. Je nach dem Effect, den man erzielen will, kann diese oberflächlich oder tief, calmirend oder excitirend ausgeführt werden. Die Dauer einer Totalmassage des Bauches darf bei schwachen Personen nicht länger als 5—6 Minuten, bei kräftigen 15—20 Minuten betragen. Die Massage des Darms hat nichts Besonderes, nur insofern, als bei der Massage des Dickdarms zunächst eine Massage des S-Romanum vorzunehmen ist, um dessen Inhalt nach dem Rectum zu evacuiren. Die Massage des Magens wird oberflächlich calmirend, ohne jede Contraindication bei allen schmerzhaften Sensationen, Spasmen des Pylorus u. s. w. angewendet werden können, excitirend bei gastrointestinaler Atonie, Hypopepsie; sie ist contraindicirt bei Ulcus, Cancer und in den Fällen, wo die Entleerung des Magens zu schnell erfolgt oder die Secretion der Drüsen gesteigert ist. Die tiefe Massage des Magens regulirt die Circu-

Digitized by Google

lation in seinen Wandungen und damit die Secretion seiner Drüsen. Grosse atonische Magendilatationen gehen zurück durch regelmässigere Entleerung des Mageninhalts und Kräftigung seiner Musculatur. Bevor man bei gastrischen Dyspepsien massirt, muss eine bestimmte chemische Diagnose, eventuell auf Grund der Analyse des Magensaftes gestellt werden. Die Massage ist indicirt bei der Hypochlorhydrie und in gewissen Fällen von Apepsie. In Fällen von Hyperchlorhydrie kann bei schmerzhaften Sensationen eine oberflächliche calmirende Massage angewendet werden. Eine tiefe Massage ist absolut contraindicirt bei der Hyperchlorhydrie der Nervösen, dagegen indicirt bei der Hypochlorhydrie der Plethorischen u. s. w., bei denen darnach ein Sinken des Gehalts an freier Salzsäure und eine starke Diurese eintritt. In intestinalen Dyspepsien gibt die Massage gute Erfolge bei Obstipation, chronischen Diarrhoen, Enteritis muco-membranacea, Typhlitis chronica stercoralis. Die Appendicitis dagegen ist eine absolute Contraindication der Massage.

Prof. Olshausen (Berlin) steht der gynäkologischen Massage recht skeptisch gegenüber. In zahlreichen Fällen wird nach Autor durch die Massage eher geschadet. Die Zerreissung peritonitischer Adhäsionen bei retroflectirtem Uterus ist nur für peritonitische strangförmige Verwachsungen, auch die Dehnungsmassage mit langsamer Dehnung pathologischer Fixationen ist nur bisweilen nützlich. Beide Verfahren gehören überdies eigentlich nicht zu den Manipulationen der Massage, wie auch die Lüftung bei frischen Retroflexionen, bei der man den erhobenen Uterus manuell reponirt und in die Antiflexionsstellung bringt. Nicht heilt uncomplicirte Retroflexio durch Massage, dagegen die mit Adhäsionen und Exsudaten complicirte Retroflexio, weil die Exsudate zur Resorption gebracht werden, so dass dann der retroflectirte Uterus in Antiflexion bleibt. Veraltete Fälle von Prolapsus uteri werden nicht beseitigt, ebensowenig chronische Hyperplasie. Bei Hämatocele ist das Verfahren contraindicirt, selbst bei inveterirter, weil leicht ein Nachschub folgen kann. Das wesentlichste Gebiet für die Massage sind die Beckenexsudate, mögen sie puerperaler oder postoperativer Art sein; nur Tubenschwellung verbietet, zu frühzeitig vorzugehen. Doch sind alle Exsudate davon ausgeschlossen, wenn sie nicht gut von den Bauchdecken aus zu palpiren sind und sich Darmschlingen zwischen Exsudat und Bauchdecken legen. Tumoren der Tuben sind auch besser nicht anzurühren, ausser wenn Pyosalpinx ausgeschlossen ist. Eiterige, abgesackte peritonitische Exsudate dürfen nicht massirt werden; dagegen bieten strangartige Verwachsungen zwischen Uterus und Adnexis einerseits und Rectum und Beckenboden andererseits Angriffspunkte zu Dehnungen. Olshausen fasst seine Grundsätze für die gynäkologische Massage deshalb dahin zusammen, dass sich zur Massage nur feste Bindegewebsexsudate im Becken eignen, wenn sie der äusseren Hand bequem zugänglich sind, dass nur Hydrosalpinx mit möglichem Abfluss in den Uterus zu massiren ist, aber dass peritoneale Verwachsungen, Hämatocele, Lageanomalie der Vagina und des Uterus keine Objecte der Massage sind.

Ein bedeutender Erfolg wird nach Prof. Elschnigg (Wien) der Massage in der Augenheilkunde zugeschrieben. Elschnigg erzielte mit der Massage angeblich glänzende Erfolge bei Trachom, und zwar bei jenen schweren chronischen Fällen mit dickem Tarsus, sulzig narbiger Bindehaut ohne Follikel, dicker Pannus- oder fortschreitender Geschwürsbildung an der Cornea, die so häufig jeder anderen Therapie trotzen. Wie einige vorgestellte Fälle zeigen, ist in wenigen Wochen hier dauernde Heilung zu erzielen, natürlich mit Zurückbleiben von Narbenbildungen, aber bei voller Gebrauchsfähigkeit der Augen. Ebenso günstig werden die so oft verkannten recidivirenden Keratitiden an Augen mit abgelaufenem Trachom, bei denen die Bindehaut narbig, aber succulenter, eventuell noch hypertrophisch ist, beeinflusst. Die Massage muss sehr kräftig an der ganzen Bindehaut, aber mit Schonung der Schleimhautoberfläche ausgeführt werden, am besten mittels eines mit Watte armirten, in eine Lösung

Digitized by Google

von Hydrarg. oxycyanatum (1 : 4000) getauchten Glasstabes, der unter die Lider eingeführt und gegen den auf die Lidhaut aufgelegten Zeigefinger der anderen Hand angedrückt wird. Nur die ersten Sitzungen werden nach Einträufelung von 2 %iger Cocaïnlösung ausgeführt, die folgenden ohne Anästhesie; ein Eisbeutel, unmittelbar nach der Massage aufgelegt, beseitigt rasch die Reizerscheinungen. Anfänglich wird täglich, später jeden zweiten bis dritten Tag massirt; die Dauer beträgt für jedes Auge bis fünf Minuten. Aeussere Massage der Lidhaut mit befettetem Finger beschliesst die innere Massage. Auch bei chronischen leichten Fällen, sowie überhaupt bei allen Fällen von Trachom, ausgenommen bei acuten Trachomen, bietet die Massage zur Unterstützung der sonstigen Therapie ausgezeichnete Dienste. Schädliche Einflüsse der Massage hat Elschnigg nie gesehen, ebensowenig bei den von ihm beobachteten Fällen einen Misserfolg. Sehr günstig wirkt die Massage auch bei chronischem Bindehautcatarrh, besonders jenen Formen, bei denen eine bedeutende Hypersecretion und Secretstauung in den Meibom'schen Drüsen besteht. Bei Bindehaut-Phlyktänen unterstützt sie die Wirkung der medicamentösen Therapie sehr wesentlich. Bei Frühjahrs-Catarrhen scheint noch am besten direkte Massage der Efflorescenzen mit einem glatten Glasstabe zu wirken. Bei messerscheuen Patienten können nicht zu alte Chalazien durch kräftige Massage beseitigt werden, ebenso leichte Stellungsanomalien der Augenlider. Bei Dacryocysto-Blennorrhoe beschleunigt die Massage des Thränensackes, anfangs stündlich vom Patienten selbst ausgeführt, die Heilwirkung der übrigen Therapie. Der Wert der Massage bei gewissen Erkrankungen der Cornea und Sclera ist bereits allgemein anerkannt; besonders rasch scheint immer in den geeigneten Fällen vorsichtige directe Massage der erkrankten Partien mittels eines glatten Glasstabes zu wirken. Blutansammlung in der Vorderkammer, entkapselte Linsenmassen führt die Massage rascher der Resorption zu, ebenso Exsudate bei rückgehender Iritis. Sehr günstige Einwirkung tiefer Massage hat Elschnigg bei auf Circulationsstörungen beruhenden Netzhaut-Erkrankungen gesehen. Solche Fälle, die ja sonst durch keine Therapie wesentlich beeinflusst werden, fordern wegen der noch nicht zahlreichen Beobachtungen auf, die Massage in ausgedehntem Maasse zu versuchen.

Dr. Jacob (Berlin) liess ein neues Zimmerfahrrad herstellen, das nach Möglichkeit allen Ansprüchen gerecht zu werden sucht, welche man in therapeutischer Hinsicht an einen solchen Apparat stellen muss. Es kann von Personen der verschiedensten Grösse benutzt werden. Das Rad ist mit einer Rückenlehne versehen, die nach allen Richtungen hin verstellbar ist. Das Gerippe ist ungefähr in der Weise angefertigt, wie bei den Damenrädern. Ferner ist an dem Rade ein Kilometerzeiger angebracht. Eine weitere Einrichtung ist die Einschaltung von Widerständen, welche der Patient selbst oder der die Aufsicht führende Arzt, bezw. Wärter reguliren kann. Für mehr oder minder gelähmte Patienten können besondere Holzsandalen auf den Pedalen befestigt werden. Endlich befindet sich hinten am Rade ein mit dem Schwungrad in Verbindung stehendes kleines Rad, das durch Hand- oder Motorbetrieb in Bewegung gesetzt werden kann.

Ein kurzer Bericht von Dr. S. Lazarus veranschaulicht die Anwendung der physikalischen Heilmethoden, wie sie in überaus rationeller Weise auf der Klinik Prof. v. Leyden's (Berlin) geübt werden.

In einer weiteren Arbeit desselben Autors begründet derselbe seine Theorie der hemiplegischen Contractur, nach welcher er auch deren mechanische Behandlung einleitet. Die Contractur ist eine Hypertonie der Musculatur, ihr muss die „atonische Gymnastik" entgegenarbeiten. (Erschlaffungsübungen, autopassive Bewegungen der gelähmten Seite.)

Dr. Paravicini über Selbstmassage und Gymnastik im lauen Bade in der Aerztegesellschaft des Bezirks Affoltern (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte Nr. 2). — Untersuchungen und Beobachtungen über den Einfluss der abdominellen Massage auf Blutdruck, Herzthätigkeit und Puls, sowie auf die Peristaltik von Dr. Ekgren (Zeitschr. f. diät. und

Digitized by Google

phys. Ther. 5. Bd. 3. Heft). — Die Indicationen der Bauchmassage bei den gastrointestinalen Dyspepsien von Dr. Cautru (Journ. d. pract. — Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 6. Heft). — Zur gynäkologischen Massage von Prof. Olshausen (Centralbl. f. Gynäk. — Oest.-ung. Centralbl Nr. 8). — Prof. Elschnigg über die Massage in der Augenheilkunde im Wiener medicinischen Doktorenkollegium (Aerztl. Praxis Nr. 10). — Ein neues Zimmerfahrrad von Dr. Jacob (Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 5. Bd. 1. Heft). — Bericht über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden auf der I. medicinischen Klinik von Dr. Paul Lazarus (Sonderabdruck aus den Charité-Annalen XXVI. Jahrg.). — Ueber die Theorie der hemiplegischen Contractur und deren physikalische Behandlung. Aus der I. medicinischen Universitätsklinik in Berlin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5 Bd. 7. Heft).

**Milzchirurgie.** Bei der subcutanen Milzzerreissung fehlt nach Prof. Jordan (Heidelberg) häufig schwerer Schock; die Verletzten können nicht selten eine Strecke weit gehen. Bald aber treten heftigere Schmerzen, Brechreiz und Erbrechen, Schwächegefühl, oberflächliche Atmung, Druckempfindlichkeit in der Milzgegend, eingezogener Bauch und die Zeichen innerer Verblutung auf. Letztere führt fast immer, wenn nicht operirt wird, zum Tode. Manchmal überstehen die Verletzten die innere Blutung und gehen an secundärer Peritonitis oder Abscessbildung zu Grunde. Laparotomie zwecks Blutstillung ist unbedingt erforderlich. Die Blutstillung wird am besten durch Milzexstirpation besorgt. Am unsichersten blutstillend wirkt die Tamponade; zu ihr wird man nur greifen, wenn die Milzexstirpation undurchführbar ist. Die Milznaht lässt sich nur dann anwenden, wenn man die ganze Milz übersehen kann und sicher ist, nicht eine Rissstelle zu übersehen, daher auch nicht bei vielstelligen Rissen. Durch die Milzexstirpation wurden 16 von 30 geheilt. Nach der Milzexstirpation tritt manchmal eine Abnahme der roten und Zunahme der weissen Blutzellen, sowie eine Abnahme des Hämoglobins auf. In einzelnen Fällen wurde Lymphdrüsenvergrösserung beobachtet. Nach einigen Monaten ist das Blut wieder normal.

Operative Eingriffe an der Milz können nach Prof. Fevrier notwendig werden 1. bei Traumen, 2. bei Abscessen, 3. bei Geschwülsten und Splenomegalie, 4. bei Lageveränderungen der Milz. Ad. 1. Die Splenektomie wurde 46 mal ausgeführt, hiervon 50 % Todesfälle, die Fevrier der Schwere der Milzverletzung, nicht aber der Operation zuschreibt. Medianschnitt combinirt mit Transversalschnitt. In zehn anderen Fällen von Milzruptur wurde dreimal tamponirt (1 +), einmal die Milzwunde vernäht, einmal die Gefässe des Stiels unterbunden, (beide +), endlich fünfmal Blut und Coagula entleert. Verletzungen durch Schusswaffen und Messerstich erforderten acht Eingriffe mit fünf Heilungen. Bei ausgebreiteten, den grössten Teil der Milz betreffenden, dieselbe in zwei Fragmente teilenden und auch die Gefässe des Hilus befallenden Verletzungen ist nur die Splenektomie am Platze. Ad. 2. Incision, eventuell Splenektomie. Ad. 3. Die Punction von Hydatidencysten führt nicht zum Ziele und ist ausserdem nicht gefahrlos. Schnitt und Zerstückelung (Marsupialisation) können durch Eventration, Septikämie und erschöpfende Eiterung gefährlich werden. Andererseits kann nach Fevrier die Splenektomie nur bei freier Milz und geringen Adhäsionen stattfinden. Leukämische Milz ist nicht zu operiren; die Mortalität ist fast 100 %. Günstiger sind die Ergebnisse der Splenektomie bei Splenomegalie durch Malaria; die verschiedenen Statistiken ergeben eine Mortalität von 25—27 %. Ad. 4. Bei den Lageveränderungen der Milz ist Splenektomie oder Splenopexie indicirt. In der allergrössten Zahl der Fälle ist die Lageveränderung secundär im Vergleiche zu den gleichzeitig vorhandenen pathologischen Veränderungen des Organes; bewegliche Milz mit normalem Verhalten ist seltener. In jenen Fällen ist die Splenektomie, hingegen bei gesunder Milz die Splenopexie angezeigt. Die Resultate der letzteren sind ermutigend.

Ueber die subcutane Milzzerreissung und ihre operative Behandlung von Prof. Jordan (Münch. med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 5). — Prof. Fevrier über Milzchirurgie auf dem französischen chirurgischen Congresse zu Paris (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 50).

**Morbus Basedowii.** Prof. v. Mikulicz (Breslau) unterscheidet auch, wie andere Autoren, einen primären und einen secun-

Digitized by Google

dären Basedow. Als secundären bezeichnet er jene Fälle, bei welchen sich zu einer schon bestehenden Struma erst später die Basedow-Symptome hinzugesellen. Es kann sich dabei um die verschiedenartigsten Formen von Struma, selbst um Kropfcysten, handeln, die erst bei einer gewissen Volumenzunahme die Basedow'schen Symptome auslösen; selbstverständlich muss hier eine bis dahin latente Disposition der Kranken vorhanden gewesen sein. Beim primären Basedow tritt die Vergrösserung der Schilddrüse gleichzeitig mit den anderen Symptomen ein; in diesen Fällen findet man immer dieselbe eigentümliche Form einer derben, gleichmässigen Hypertrophie der ganzen Drüse. Die Behandlung soll nach v. Mikulicz eine chirurgische sein. In den letzten Jahren übt er ausschliesslich die typische Resection der vergrösserten Schilddrüse nach seiner Methode. Alle in dieser Weise operirten Kranken sind von der Operation genesen; mehr als die Hälfte davon sind auch von dem Grundleiden vollständig geheilt, die übrigen wesentlich gebessert und die Besserung nimmt mit der Dauer der Beobachtung constant zu. v. Mikulicz hat im Gegensatz zu anderen Chirurgen bisher keinen einzigen Misserfolg erlebt. Am schnellsten, in der Regel schon nach wenigen Tagen, es tritt eine sichtliche Besserung in Bezug auf die subjectiven Symptome: Unruhe, Herzklopfen, Schlaflosigkeit u. s. w. ein. Im Verlauf der nächsten Wochen und Monate gehen auch die übrigen, objectiv nachweisbaren Symptome, namentlich die Tachycardie und Herzhypertrophie, sowie die trophischen Störungen zurück. Nur vom Exophthalmus bleibt in der Regel ein mehr oder weniger deutlicher Rest zurück. Die Zahl der von v. Mikulicz bisher operirten Fälle beträgt 26.

Dr. Schulz, der schon früher über 14 Operationen Dr. Kümmell's (Hamburg) berichtet hat, teilt sechs neue Beobachtungen mit und erzählt, in welchem Zustande er die früheren Operirten gefunden hat. Im Allgemeinen hat Kümmell ausgezeichnete Erfolge erzielt. Mit Ausnahme eines Falles, in dem ein Rückfall stattgefunden hatte, war bei allen früher Operirten das günstige Ergebniss dauernd geblieben. Das ist um so wichtiger, als bei 11 Patienten seit der Operation mehr als 5 Jahre vergangen sind. Auch in den fünf von den neuen Fällen ist durch die Operation Heilung erzielt worden. Nur ein Todesfall war zu beklagen. Kümmell hat immer Chloroformnarkose angewendet und fast ausschliesslich die partielle Strumektomie.

Dr. Witmer teilt die Endresultate aus der Krönlein'schen Klinik nach operativer Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit. Zwei Fälle endeten letal, in einem Falle blieb der Ausgang unbekannt; bei neun von 20 Fällen beobachtete man völliges Zurückgehen aller Symptome; in sechs Fällen waren noch Symptome der Basedow'schen Krankheit vorhanden, die aber von den Patienten nicht belästigend empfunden wurden und die Arbeitsfähigkeit nicht störten (somit 2 † 8,6 %, 18 erfolgreiche, 2 erfolglose Operationen). Wo es irgend möglich war, wurde allgemeine Narkose vermieden und unter Lokalanästhesie operirt. Im Allgemeinen sei nach Witmer die Therapie der Basedow'schen Krankheit eine interne. Tritt nach derselben keine Besserung ein, so soll die operative Behandlung Platz greifen, zumal Stenosenerscheinungen geben stricte Indication zur Operation.

Dr. Möbius (Leipzig) bespricht die Versuche, die er mit dem Serum von schilddrüsenlosen Tieren gemacht habe und die in drei Fällen eine deutliche Besserung gebracht hätten. Vielleicht genüge schon das Fleisch solcher Tiere, da es ja Blut genügend enthalte. Bei der Aussichtslosigkeit aller sonstigen therapeutischen Bestrebungen dürfe man kein Mittel unversucht lassen.

Prof. v. Mikulicz über die operative Behandlung der Basedow'schen Krankheit in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur (Allg med. Central-Zeitg. Nr. 62) — Ein weiterer Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit von Dr. Schulz (Beitr. zur klin Chir. — Schm. Jahrb 271. Bd. 8 Heft). — Endresultate nach operativer Behandlung der Basedow'schen Krankheit von Dr. Witmer (Beitr. z. klin. Chir. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 2). — Dr. Möbius über Serumbehandlung der Basedow'schen Krankheit in der Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen zu Jena (Münchener med. Wochenschr. Nr. 46).

Digitized by Google

**Morphium.** Interessante Ergebnisse hatten Dr. Tauszk's (Budapest) Untersuchungen über die Dosirung des Morphiums im Greisenalter. Greise Männer sowie Frauen zeigen eine Idiosynkrasie gegen Opium sowohl, wie gegen das Morphium. Wurden aber die Betreffenden in ihrem früheren Alter aus einer Ursache schon mit Opium oder Morphium behandelt, so entfällt diese Idiosynkrasie. Dieselbe pflegt sich in Intoxicationserscheinungen zu äussern, die aber nie eine solch gefährliche Intensität annehmen, als sie bei Kindern aufzutreten pflegt. Deshalb sollte es immer vor Augen behalten werden, dass bei Greisen mit der Morphiumdosirung sehr vorsichtig vorgegangen werden muss, so lange man sich wenigstens nicht versichert hat, inwieferne der Betreffende gegenüber dem Mittel disponirt ist.

Dosirung des Morphiums im Greisenalter von Dr. Tauszk (Deutsche Praxis Nr. 4).

**Myelitis.** Prof. v. Leyden (Berlin) unterscheidet nach seinem auf dem Congresse für innere Medicin gehaltenen Referate vier Formen der Myelitis: 1. transversale Myelitis, 2. disseminirte, 3. Poliomyelitis. Auszuschliessen sind dagegen die Degeneration nach Kachexien, perniciöser Anämie, Diabetes u. s. w. 4. Compressionsmyelitis, namentlich durch Wirbelcaries bestimmt, die klinisch der acuten Myelitis nahesteht, wenn auch gewisse Abweichungen vorhanden sind. Noch undeutlicher werde die entzündliche Veränderung bei den Tumoren des Rückenmarkes, aber auch hier bestehen noch Aehnlichkeiten. Für die Aetiologie der Myelitis kommen heute in erster Reihe pathogene Infectionen in Betracht. Das sind die früher als spontan betrachteten Myelitiserkrankungen. Gesichert ist die bacterielle Ursache allerdings nur bei Poliomyelitis. Anzuschuldigen sind vornehmlich die Erreger der Cerebrospinalmeningitis (Jäger, Weichselbaum), auch die Streptokokken. Hauptsächlich tritt die Myelitis im Anschluss an andere Infectionskrankheiten auf: Influenza, Typhus, auch leichtere Affectionen wie Angina, auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Ein Teil dieser postinfectiösen Myelitis ist in Genesung ausgegangen. Ferner kommt das Trauma als Ursache in Betracht, nicht nur das locale, sondern auch allgemeine Erschütterungen. Bei dieser Ursache lassen sich Hämorrhagien vermuten, ferner finden sich dabei gerade öfters disseminirte Herde. Von Giften können gelegentlich Alkohol, Blei, Arsen, Kohlenoxyd pathogen in dieser Richtung wirken. Auch der Schreck ist als Ursache einmal festgestellt worden. Für die chronische Myelitis kommt auch Tuberculose, Syphilis, Gonorrhoe in Betracht. Die Symptomatologie hängt von der Beschränkung der Erkrankung auf die Segmente des Rückenmarkes ab: Bulbus, Cervical-Dorsalteil. Im Verlauf der Myelitis sind zunächst die Initialsymptome bemerkenswert. Die Schnelligkeit des Auftretens geht zuweilen bis zur Entstehung des Bildes einer Myelitis acutissima, andererseits ist öfters schubweise Entwicklung der Krankheit zu beobachten. Erst nach mehreren Tagen wird meist ihre Höhe erreicht. Leider ist das Fortschreiten des Processes oft nicht zu hindern, er geht weiter: 1. nach oben; dann entsteht das lebensgefährliche Bild der acuten Bulbärparalyse, die indess auch gelegentlich rückgängig werden kann; 2. in die Breite; 3. bis zum Auftreten von Cystitis, Decubitus und trophischen Störungen an den Extremitäten und zur Gangrän. Zuweilen gehen auch solche Erscheinungen noch zurück, dann bessert sich die Prognose für das Leben, nicht aber für die Wiedererlangung vollständiger Gesundheit. Sowohl die transversale, wie die disseminirte Myelitis erscheinen uns heute heilbar, da Exsudate, Hämorrhagien u. s. w. sich zurückbilden können. Das ist gerade der Fortschritt der neueren Erkenntniss. Häufig kommt der Ausgang in chronisches Siechtum vor. In das Gebiet der Myelitis gehört auch die spastische Spinalparalyse. Dem Leiden stehen wir heute nicht mehr so ohnmächtig gegenüber, wie früher, wenn auch nicht gerade mit Arzneimitteln.

Prof. v. Strümpell (Erlangen) sieht als wirksames ätiologischen Moment für die Myelitis Reize an, die von Bak-



Digitized by Google

terien oder Giften ausgelöst werden. Als diagnostisches Hilfsmittel empfiehlt er die Lumbalpunction.

Auch Prof. Marinesco (Bukarest) ist der Ansicht, dass die verschiedenen acuten Myelitiden auf infectiöser Basis beruhen. Unter sechs Fällen, in denen er bakteriologisch untersucht hat, ist in vier diese Annahme direct erwiesen worden. Er fand in zwei Fällen Streptokokken, in einem Pneumokokken und in einem anderen den Anthraxbacillen ähnliche Mikrobien. Es konnte auch experimentell Myelitis bei Tieren durch Einspritzung von Bakterienculturen hervorgerufen werden. Die Injectionen in die Arterien des Rückenmarks riefen meistens Poliomyelitis hervor; die Einimpfung in den Ischiadicus bewirkte Meningomyelitis mit hauptsächlicher Beteiligung der dem injicirten Nerven entsprechenden Seite, während die Einspritzung in den Rückenmarkscanal eine doppelseitige Meningomyelitis hervorrief. Bezüglich der Behandlung wurde bei Streptokokkenmyelitis das Serum von Marmorek, aber ohne Erfolg, angewendet. Auch Methylenblau hatte keinen Erfolg. Gegen die starken Schmerzen waren interarachnoideale Einspritzungen von Cocaïn von guter Wirkung.

Prof v. Leyden und Prof. v. Strümpell über Myelitis acuta auf dem Congresse für innere Medicin zu Berlin (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26). — Das Wesen und die Behandlung der acuten Myelitis von Prof. Marinesco (Roman. med. — Schm Jahrb. 269 Bd. 2. Heft).

**Myopie.** Dr. Heine (Breslau) tritt auf Grund theoretischer wie praktischer Erwägungen für stricte Vollcorrection der Myopie ein. Dasselbe vollcorrigirende Glas soll dauernd für Ferne und Nähe getragen werden, bis der beginnenden Presbyopie wegen für die Naharbeit schwächere Gläser ordinirt werden müssen. Bei der Therapie habe man nur von intraoculären Drucksteigerungen zu fürchten, die aber nicht von der Accomodation, sondern nachweislich von den äusseren Augenmuskeln hervorgerufen werden. Diese müssen durch möglichste Hinausrückung der Leseweite (Arbeitsdistanz vermindert werden. Ein beständiger Wechsel von starken Gläsern für die Ferne mit um 3 D. schwächeren Gläsern für die Nähe scheint die Myopie weniger günstig zu beeinflussen, als stricte Vollcorrection. Die beigebrachte Statistik spricht sehr für Autors Ansicht: Von 18 längere Zeit beobachteten jugendlichen Myopen über 6 D., welche untercorrigirt waren, blieben fünf stationär, acht wurden etwas, fünf stark progressiv. Zu den letzteren können noch alle jene hochgradigen Myopen hinzugerechnet werden, die nie ein Glas getragen haben, wie es ja fast die typische Anamnese ist. Von 32 strict Vollcorrigirten blieben vielleicht dauernd progressiv zwei, doch sind auch diese nicht ganz einwandsfrei (schlechte Sehschärfe, Anisometropie), zwei blieben wenig progressiv, einer von diesen nur auf der einen Seite, 28 wurden mit Einführung der Vollcorrection stationär. Sämmtliche Fälle betreffen jugendliche Myopen bis etwa 20 Jahren. Demnach sind die dauernd für Ferne und Nähe getragenen voll corrigirenden Gläser nicht nur nicht schädlich, sondern im Gegenteil ein gutes Mittel im Kampf gegen die Myopie.

Dr. Dor ist seit 10 Jahren eifriger Anhänger der Vollcorrection. Er hat bis zu 26 D voll corrigirt. Er legt besonderen Wert auf guten Sitz der Brille. Die Gläser sollen nicht gerade, sondern etwas schief vor dem Auge stehen.

Dr Hess ist schon vor vier Jahren für Vollcorrection eingetreten.

Prof. Wicherkiewicz und Prof. v. Hippel sprechen sich gleichfalls dafür aus.

Dr. Heine, Dr. Dor, Dr Hess, Prof. Wicherkiewicz und Prof. v. Hippel über Vollcorrection der Myopie auf dem Congresse der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38).

**Myxödem.** Die Ursache des Myxödems ist, wie Prof. Ewald (Berlin) ausführt, die Atrophie, bezw. Degeneration der Schilddrüse, wie sie auch dem endemischen und sporadischen Cretinismus, dem infantilen Myxödem, der Cachexia strumipriva zu Grunde liegt. Autor stellt kurz und klar die Hauptsachen über die Schilddrüse als Heilmittel und die Organotherapie überhaupt zusammen. Ueber den wirksamen Stoff

Digitized by Google

in der Schilddrüse sind die Gelehrten noch nicht ganz einig, sicher ist es aber, dass man fast in allen Fällen, die zum Cretinismus, zum Myxödem u. s. w. gehören, mit Schilddrüsensubstanz oder auch mit Thyrojodin u. s. w. die besten Erfolge erzielen kann. Dass es sich dabei nur um eine „Substitutionstherapie" handelt, dass mit dem Aussetzen des Mittels die krankhaften Erscheinungen über kurz oder lang wieder hervortreten werden, muss man sich von vornherein klar machen. Ebenso muss man die Erscheinungen des „Thyreoidismus" kennen und rechtzeitig beachten. Vielleicht ist die Angabe Mabille's wertvoll, dass sich der Thyreoidismus durch die gleichzeitige Darreichung kleiner Arsenikgaben vermeiden lasse.

Nach Dr. Neumann sind auch bei dem sporadischen Idiotismus die Resultate der Schilddrüsentherapie recht günstig. Es wird dadurch Abnahme des Myxödems und des Körpergewichtes erreicht, letzteres steigt aber nach kurzer Zeit wieder. Auch das Wachstum der Knochen, das sehr zurückgeblieben, geht wieder vor sich, anfangs recht rapide, stärker als bei den gleichalterigen normalen Kindern, doch schwächt sich der durch die Schilddrüsenfütterung gesetzte Reiz bald ab, so dass das Längenwachstum allmählich ein langsameres Tempo annimmt. Je jünger die Kinder sind, desto leichter erreichen sie die normale Körperlänge. Die Dosirung hat hierauf keinen Einfluss. Nicht so schnell geht die geistige Entwickelung von statten, aber auch desto besser, je jünger das Kind ist. Die Behandlung muss daher möglichst schon in den ersten Lebensmonaten begonnen werden.

Ueber Myxödem von Prof. Ewald in Prof. v. Leyden's und Dr. Klemperer's „Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts". II. Bd. — Dr. Neumann über Ergebnisse bei Schilddrüsenbehandlung der myxödematösen Idiotie in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Centralbl. f. d. ges. Ther. 10. Heft).

# N.

**Naftalan.** Prof. Voges (Buenos Aires) hat das Naftalan gegen Moskitostiche versucht. Der Effect war nach Voges überaus günstig. Es benötigt nur, die Moskitostiche recht intensiv mit Naftalan einzureiben, und in unglaublich kurzer Zeit hört der Schmerz auf. Die Einreibung hat aber so intensiv zu erfolgen, dass wirklich das Naftalan in die Haut eindringt. Offenbar kommt es da zu einer Neutralisirung des Moskitogiftes. Autor hat so in Fällen, wo z. B. die Augenlider und die Umgebung der Augen derartig geschwollen waren, dass der Patient fast nichts sehen konnte, in kürzester Zeit Abschwellung und Herbeiführung normaler Zustände erreicht. Reibt man frische Stiche gleich mit Naftalan ein, so kommt es überhaupt nicht zur Entwickelung von Anschwellungen. Sobald die Zerstörung der betroffenen Zellcomplexe noch nicht derartige Grade erreicht hat, dass eine schnelle Reparation unmöglich geworden, verschwindet nach der Einreibung der Schmerz und die Röte der Impfstelle fast sofort, und schon nach einer Stunde erinnert nichts mehr daran, dass uns ein Moskito gestochen hat. Voges glaubt daher annehmen zu dürfen, dass die Wirkung des Naftalans auf das Moskitogift voll und ganz der Wirkung der Antitoxine auf Bakterientoxine gleichzusetzen ist. Er hält diese Wirkung geradezu für eine specifische Antitoxin-Wirkung. Fast wie im Reagensglas wird das Gift durch das Naftalan-Gegengift zerstört.

Ueber Moskitointoxication von Prof. Voges (Aerztl. Rundsch. — Deutsche Praxis Nr. 10).

**Narkose und Anästhesirung.** Das von der British Medical Association ein-



Digitized by Google

gesetzte Comité zum Studium der Narkosenfrage hat, wie Prof. Eastes angibt, gefunden, dass Chloroform bedeutend gefährlicher ist, als Aether, ganz besonders gefährlich ist Chloroform bei Männern, während Frauen es besser vertragen. Chloroform oder eine Chloroform enthaltende Mischung sollte nie durch einen geschlossenen Inhalationskorb gegeben werden (wie z. B. Claver's inhaler). Das wichtigste Moment in der Verabreichung von Anästheticis ist die grössere oder geringere Erfahrung des Narkotiseurs. Ganz besonders bemerkbar ist die Gefährlichkeit des Chloroforms bei gesunden Personen, bei denen Aether z. B. kaum gefährlich ist; bei kranken und besonders bei sehr schwer kranken Individuen gleichen sich die Unterschiede zwischen den verschiedenen Narcoticis mehr aus, doch auch hier bleibt Chloroform immer das gefährlichste Mittel. Besonders gefährdet sind Leute im Anfang der Narkose, Gefahren gehen häufiger von den Kreislauf- wie von den Atmungsorganen aus. Ganz besonders gefährlich ist Chloroform in frühester Jugend und nach dem 30. Lebensjahre; unvollständige Narkosen sind gefährlicher als vollständige. Erbrechen und Bronchitis kommt nach Aethernarkosen häufiger vor, als nach anderen. Am sichersten scheint noch immer eine Aethernarkose zu sein und leitet man dieselbe zweckmässig mit Lachgas ein; leider verbieten gewisse Umstände die Aethernarkose, bei sonst gesunden Menschen jedoch sollte man sie immer wählen.

Auch Dr. Thöle redet der Aethernarkose das Wort. Sie ist weniger gefährlich. Die Differenz zwischen der narkotisirenden und der tödtlichen Dosis ist viel grösser, als beim Chloroform. Die Zahl der Todesfälle ist viel geringer. Die zuweilen aber selten eintretenden üblen Zufälle sind erfolgreicher zu bekämpfen. Die Narkose kann, weil sie ungefährlicher ist und weil wesentlich nur auf Gleichmässigkeit der Atmung geachtet zu werden braucht, auch Ungeübten und Nichtärzten überlassen werden. Nach der Narkose erwachen die Kranken schneller und fühlen sich wohler, das Toleranzstadium tritt eben so schnell ein, wie bei Chloroform. Die Excitation ist nicht grösser. Die Nieren werden durch Aether weniger gereizt als durch Chloroform. Herz und Leber werden durch Aether viel weniger geschädigt. Lungenerkrankungen sind bei richtiger Methode nicht vorgekommen. Wie für Chloroform die Tropfmethode, so ist für Aether nur die Darreichung in refracta dosi mit genügender Luftbeimischung zu empfehlen. Eine vorhergehende Morphiuminjection macht die Narkose ruhiger. Die richtige Dosirung des Aethers ist mit einer Maske mit Einguss einfacher und sicherer zu erreichen, als mit complicirten Apparaten. Bei Herzleiden, Herzschwäche und geringem Blutdruck ist nur die Anwendung des Aethers erlaubt.

Dr. Sudeck (Berlin) hat die Beobachtung, dass schon während der ersten Aetherinhalation Analgesie eintritt, dazu benutzt, kurz dauernde Operationen in diesem Zustande auszuführen. Die Czerny'sche Aethermaske, bei der die Zuführung des Aethers ohne Beimengung atmosphärischer Luft unmöglich ist, wird mit ca. 50 g Aether belastet. Der Patient wird instruirt, sogleich vollkommen aus- und einzuatmen, ohne sich durch die unangenehmen Sensationen des Aethers davon abhalten zu lassen. Die Vorbereitungen zur Operation: Waschungen des Patienten und der Hände des Operateurs, sowie die Sterilisation und Ordnung der Instrumente, sind vorher besorgt, so dass die Aufmerksamkeit des Patienten nicht auf die Operation gerichtet ist. Wenn es gelingt, den Patienten durch Instruction zum raschen und energischen Einatmen zu bringen, und seine Aufmerksamkeit von der Operation nach Möglichkeit abzulenken, kann man sofort bei dem ersten oder zweiten Atemzuge die Operation beginnen. In den meisten Fällen fühlen die Patienten keine Schmerzen, auch wenn sie, was manchmal vorkommt, merken, dass die Operation vor sich geht. In einigen Fällen riefen und schrieen sie sogar laut, doch war auch dann der Schmerz nur sehr dumpf, was man daran erkennen kann, dass sie meist auch in diesen Fällen keine Abwehrbewegungen machen. Die Analgesie dauert nur einige Minuten an. Beim Eintritt der Excitation

Digitized by Google

pflegen die Patienten zu reagiren. Sudeck hat im neuen allgemeinen Krankenhaus eine ganze Reihe von Operationen in dieser Weise ausgeführt, unter anderen Amputationen des Oberschenkels. des Oberarms, Spaltungen von Phlegmonen, Abscessen u. s. w. Die Methode hat den Vorzug, dass sie ungefährlicher ist, als die reguläre Aether- und Chloroformnarkose und auch als die kurzen Narkosen mit Stickstoffoxydul, Bromäthyl und Pental. Die Patienten erwachen rasch und sind in ihrem Allgemeinbefinden meist nur sehr wenig alterirt, erbrechen nicht u. s. w. Zudem kann man, wenn die Operation sich in die Länge zieht, zu der gewöhnlichen Aethernarkose übergehen. Sie eignet sich also besonders für poliklinische Zwecke.

Dr. Teweles (Wien) hat die von Sudeck angegebene Anästhesirungsmethode in 157 Fällen angewandt und bewährte sich dieselbe im Allgemeinen sehr gut für kurze, aber auch für länger dauernde chirurgische Eingriffe. Als Vorteile werden angegeben: 1. Die Operation beginnt fast gleichzeitig mit den Inhalationen; kein Excitationsstadium. 2. Sehr geringer Aetherverbrauch. 3. Die Vorbereitung des Patienten ist eine rein psychische, seine ganze Aufmerksamkeit wird auf die Narkose concentrirt. 4. Einfachheit und Brauchbarkeit für die Privatpraxis. 5. Ist ausführbar in zwei Drittel aller Operationen, andernfalls leicht in eine Narkose mit Aether, Chloroform oder einer Mischung überzuführen. 6. Vollkommene Gefahrlosigkeit. Dem stehen als Nachtheile gegenüber: 1. Das Lärmen mancher Patienten trotz Anästhesie. 2. Die ziemlich häufige Reaction (Abwehrbewegungen etc.) beim ersten Schnitt. 3. Das häufige Fehlschlagen der Methode bei hochgradig erregten Patienten und starken Alkoholikern.

Auch Dr. Kronacher (München) macht seit drei Jahren von der coupiirten Aethernarkose in der ausgiebigsten Weise Gebrauch und war in der Lage, mit ganz geringen Mengen Aether die meisten kleinen und eine Anzahl sogenannter mittelgrosser Eingriffe schmerzlos auszuführen.

Bezüglich der Chloroformnarkose erteilt Dr. Hofmann (Bonn) folgende Ratschläge: Der Narkotiseur soll trachten, ein konstantes Gemisch von Luft- und Chloroformdämpfen nicht nur bis zum Anfange des Respirationstractus — Mund und Nase — zu führen, sondern auch den Lungen im Gleichstrome einzuverleiben. Der Patient muss zu dem Zwecke tief und gleichmässig atmen. Verfasser lässt den zu narkotisirenden Patienten zuerst eine halbe bis eine Minute zählen, ohne einen Tropfen auf die bereits auf das Gesicht gelegte Maske zu geben, und dann erst fängt er an, vorsichtig tropfenweise aufzugiessen. um den Uebergang vom Einatmen freier Luft zum Einatmen von Luft und Narkoticum dem Patienten zu erleichtern. Er lässt rückwärts zählen, und zwar mit einer dreistelligen Zahl beginnend, also von 200 abwärts. Dieses ungewohnte Rückwärtszählen erfordert eine solche Concentration des Gedankens, dass der Patient in Folge der Ablenkung von der bevorstehenden Operation ruhiger wird, was sich im regelmässigen Tempo der Atembewegungen äussert. Auch das Aussprechen einer grösseren Zahl beansprucht zum Ausathmen längere Zeit und zwingt zum ruhigen Atmen. Vor der Narkotisirung der Potatoren oder aufgeregter Menschen empfiehlt Verfasser eine Morphium-Injection.

Das von Schleich empfohlene Narkosegemisch, welches aus Chloroform, Aether und Aethylchlorid besteht, wurde an der chirurgischen Klinik in Greifswald, wie Dr. Selberg mitteilt, in 175 Fällen angewendet. Als Vorzüge machten sich geltend: Der Patient erwacht leichter als bei Chloroform, hat weniger Beschwerden nach der Narkose und scheint während der Narkose weniger gefährdet zu sein. Dem gegenüber stehen verschiedene Nachteile: Der Patient ist schwer einzuschläfern; einzelne Fälle wurden beobachtet, bei denen es überhaupt gar nicht gelang, männliche Patienten in Narkose zu bringen. Die Excitation war angeblich geringer; die aufgetretenen schweren Excitationsstadien gaben aber den bei anderen Narcoticis beobachteten Erregungszuständen in nichts nach. Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass der Patient durch Nachkrankheiten

Digitized by Google

(Bronchitis, Pneumonie etc.) mehr gefährdet ist. Weiters ist die Handhabung des Gemisches und die Besorgung der Narkose eine sehr umständliche, ganz abgesehen davon, dass das Narkosegemisch auch sehr teuer zu stehen kommt. Im Ganzen scheint dem Verfasser das Gemisch den alten Narcoticis gleichwertig, in manchen Punkten überlegen, aber ein ideales Narcoticum ist es, wenigstens nach seinem Erfahren, leider noch nicht.

Prof. Lennander hat bei den Bauchoperationen in der Klinik in Upsala schon seit 10 Jahren in der Regel zur eigentlichen Darmresection, Darmnaht etc. den Aether weggelassen. Seine Erfahrungen bei Cholecystotomie, Enteroanastomose und Bruchoperationen ohne allgemeine Narkose zeigten ihm, dass das Peritoneum parietale gegen operative Eingriffe (Schnitt, Thermokauter, Dehnung) äusserst empfindlich ist und dass z. B. das Einlegen oder Anziehen von Kompressen zwischen Eingeweiden und Bauchwand zu den schmerzhaftesten Eingriffen gehört. Dagegen ist der Magen (besonders die Curvatur), Mesenterium und die übrigen Eingeweide frei von Schmerz, Berührungs- oder Temperaturempfindung. Lennander empfiehlt für Herniotomien das Schleich'sche Verfahren nach Cushing, bei Coeliotomien hält er Vereinigung localer und allgemeiner Anästhesie für das beste, empfiehlt Morphiuminjection vor der Operation, locale Infiltrationsanästhesie bis zur Eröffnung des Peritoneum, welche er sammt der Lösung von Adhäerenzen, Zurechtlegen der Organe für die Darmoperation etc. unter Aethernarkose vornimmt. Lennander empfiehlt längeren Bauchschnitt, um keine Dehnung nötig zu haben und einen warmen für Beckenhochlagerung brauchbaren Operationstisch (wie er mit Fenger, Just und Madsen einen konstruirt hat).

Nach Dr. v. Friedländer's an der chirurgischen Klinik in Wien gewonnenen Erfahrungen gehören in das Gebiet der Localanästhesie nach Schleich: 1. Alle Operationen an der Haut, selbst langdauernde plastische Operationen. 2. Die sogenannten typischen Operationen an den Extremitäten und der Oberfläche des Stammes, sobald der Eingriff ohne Anwendung toxischer Cocaïndosen durchführbar ist. 3. Operationen an den Bauch-eingeweiden, wenn dieselben ohne Zerrung zugänglich zu machen sind, keine Entzündung des Peritoneums vorliegt und die Abtastung des Bauchraums zur Orientirung entbehrlich ist. 4. Alle Operationen, bei welchen Contraindicationen gegen die Narkose vorliegen.

Die locale Anästhesie, so grosse Gebiete der Chirurgie sie sich auch erobert hat, ist nach Prof. v. Mikulicz's (Berlin) Erfahrungen wertlos bei einer ganzen Reihe von Laparotomien, bei Nierenexstirpationen, Mammaamputationen etc. Schwankend konnte man sein, ob man sie bei Magen- und Darmoperationen, bei Herniotomien, auch bei Kropfoperationen anwenden soll. Todesfälle sind auch bei ihr vorgekommen, und ein grosser Uebelstand ist die schlechte Orientirung. Herz- und Lungenleidende wird man natürlich lieber mit localer Anästhesie, als mit Narkose operiren, aber die Mortalität postoperativer Pneumonien ist auch bei Schleich'scher Narkose gross. Hier wird aber viel auf die Art der Operation und auf die somatische Empfänglichkeit für Schmerzen ankommen. Auch durch die Schmerzen allein kann ohne Narkose ein Shock eintreten. Mikulicz hat früher nur Chloroform angewendet, jetzt braucht er mehr Aether, seitdem er die Gefahren der Aethernarkose durch die dosirte Darreichung vermindern gelernt hat.

Die bei der Infiltrationsanästhesie zeitweise auftretenden recht intensiven Nachschmerzen und länger dauernde Schwellung des infiltrirten Gebietes lassen sich nach Dr. Braun's und Dr. Heinze's Ausführungen vermeiden oder jedenfalls auf ein Minimum reduciren durch Benutzung isotonischer Lösungen. Solche Lösungen lassen sich durch einen Kochsalzzusatz herstellen. Braun und Heinze empfehlen folgende Lösung:

| | |
|---|---|
| Eucaïni B | 0,1 |
| Natrii chlorati | 0,8 |
| Aquae destillatae | 100,0. |

Sie wird am besten auf Körpertemperatur erwärmt eingespritzt und soll selbst auch bei entzündetem Gewebe reizlos sein.

Dr. Moskowicz empfiehlt für die

Digitized by Google

Schleich'sche Infiltrationsanästhesie einen kleinen „Potain"-ähnlichen Apparat, d. h. eine 300 ccm fassende Flasche mit durchbohrtem Kautschukstopfen und zwei mit Hahn versehenen Schlauchansätzen; durch wenige Kolbenstösse einer einfachen Wundspritze wird in der bis zur Hälfte mit Schleich'scher Lösung gefüllten Flasche ein erhöhter Luftdruck erzeugt, und nach Einstechen der Nadel und Oeffnen des Hahns wird hierdurch die Infiltration effectuirt, die man durch ein einfaches Vorstossen der Nadel über eine Strecke ausbreiten kann, die der Länge der Nadel entspricht, wonach man den Hahn schliesst, die Nadel herauszieht und neuerlich in beliebiger Richtung einführt. Der Apparat wurde an der Abteilung von Dr. Gersuny im Rudolfinerhaus in Wien erprobt und wünscht Moskowicz, dass die mit dem Apparat stattfindende leichte und gründliche Infiltration und Vermeidung des häufigen Spritzenwechsels zu weiterer Anwendung dieser localen Anästhesie führen möge.

Nach Prof. Bier (Greifswald) sind bis jetzt im Ganzen 1200 Operationen mit Rückenmarksanästhesie gemacht worden. Nach Einspritzung von 1—3 cg Cocaïn wird zunächst die Schmerzempfindung gelähmt, dann das Wärme- und Kältegefühl, dann die Sphincteren und dann steigt die Anästhesie bis hoch hinauf, so dass Mammaamputationen, Rippenresectionen damit ausgeführt worden sind. Doch es treten giftige Wirkungen auf, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Appetit- und Schlaflosigkeit, Schüttelfrost und Fieber, Schweissausbrüche, Circulationsstörungen, Paresen, Collaps- und Todesfälle. Er ist daher zu dem Schlusse gekommen, dass die Methode in dieser Form für die Praxis unbrauchbar ist, und hat an Tierversuchen die schädigenden Wirkungen des Cocaïns zu paralysiren versucht. So konnte er bei einer Katze durch Einspritzungen von physiologischer Kochsalzlösung Anästhesie erzeugen und glaubte daher, dass die Drucklähmung und Schwellung des Rückenmarks der notwendige Factor zum Eintritt der Anästhesie sei. Er hat dann alle Cocaïnderivate und dann dünnere Lösungen versucht, hat aber entweder keine oder nur vorübergehende Anästhesie erreicht. So hat das Tropococaïn trotz Einspritzung von 7 cg nie gute Resultate geliefert und mit den verdünnten Lösungen hat er zwar viel höher hinaufgehende Analgesie, aber niemals eine Anästhesie erreicht. Tast- und Wärmegefühl waren stets vollständig erhalten. Er glaubt aber, dass es möglich sei, durch eine Binde um den Hals, die bis zur Cyanose comprimirt, einen Abschluss der Giftwirkung vom Gehirn zu erzeugen. Seine Meinung über sein Verfahren ist jedenfalls die, dass es noch gänzlich in der Entwickelung steht und vom allgemeinen Gebrauch noch weit entfernt ist.

Prof. Tuffier hat in der Académie de médecine über 300 Operationen, darunter 160 intraperitoneale, berichtet, bei denen die Bier'sche Cocaïnisirung des Rückenmarks vorgenommen wurde. Er spricht sich zusammenfassend dahin aus, dass die subarachnoidealen Lumbalinjectionen mit Cocaïn eine complete Analgesie des Körpers unterhalb des Zwerchfelles verursachen, und zwar von hinreichend langer Dauer, um jede Operation dabei auszuführen. Dabei hat er nie ernste Zufälle gesehen, und die anderen Begleiterscheinungen sind nicht schwer genug, um die Methode zu discreditiren; dieselbe kann in allen Fällen, wo Chloroform oder Aether erlaubt ist, angewandt werden. Tuffier hat sogar zehn Greise im Alter von 78 Jahren damit anästhesirt. Männer ertragen die Cocaïnisirung leichter als Frauen; vier von den Kranken, welche die Chloroformnarkose aus eigener Erfahrung kannten, erklärten die Cocaïnisirung für viel weniger unangenehm; drei Kranke, welche in Zwischenräumen von wenigen Tagen zweimal auf diese Weise anästhesirt waren, ertrugen es zum zweiten Male ebensogut wie zum ersten Mal. Kinder und Hysterische schliesst er davon aus. Herzkranke und Arteriosclerotiker haben nach seiner Erfahrung die Cocaïnisirung gut vertragen. Die Operationen an der unteren Körperhälfte können mit aller Ruhe damit ausgeführt werden; die Lungenoperationen bei denen Aether, und Chloroform nicht rätlich ist, können

Digitized by Google

ebenfalls wenigstens an den unteren zwei Dritteilen des Thorax dabei vorgenommen werden. Bei intraperitonealen Operationen können unter Umständen die Brechbewegungen der Patienten erheblich stören, und für weniger Geübte empfiehlt Tuffier deshalb die medulläre Anästhesie hier nur mit grosser Zurückhaltung.

Prof. Trzebitzky (Krakau) hat die Cocaïnisirung des Rückenmarks nach Bier in 138 Fällen versucht, und zwar 103 mal mit vollem Erfolg. Verfasser gelangt zu dem Schlusse, dass die Cocaïnisirung des Rückenmarks in der jetzt geübten Form die Inhalationsnarkose nicht zu ersetzen vermag; sie eignet sich wegen der Gefahr der Infection und Intoxication und der Unsicherheit des Erfolges für die Privatpraxis überhaupt nicht, sondern soll nur in wohleingerichteten Instituten geübt und weiter geprüft werden. Beim Versagen soll sofort Narkose eingeleitet werden. Geeignet ist die Methode für Operationen an den Beinen und am Becken, für freie Hernien, einfache Appendixoperationen, für die Mehrzahl der Laparotomien dagegen nicht. Besondere Vorsicht ist bei schwacher Herzthätigkeit (Myocarditis) geboten; bei septischen Kranken ist die Lumbalpunction nicht ratsam. Ueber den Wert der Methode für die Geburtshilfe fehlen dem Verfasser eigene Erfahrungen.

Zur Cocaïnisirung des Rückenmarks gibt Dr. Polubogatow-Halbreich auf Grund seiner experimentellen Studien folgende Regeln an: 1. Man soll nur ganz geringe Dosen anwenden, und nicht mehr als 1 ccm Flüssigkeit. 2. Injiciren soll man langsam, um nicht einen starken Druck auf das verlängerte Mark auszuüben. 3. Leute mit kurzem Rumpf (Kinder namentlich) sollen nicht cocaïnisirt werden, weil hier die Gefahr, dass das Cocaïn rasch an das verlängerte Mark gelangen kann, gross ist. 4. Man soll nicht in der Trendelenburg'schen Lage operiren. 5. Ein schwaches Herz gibt keine Contraindication ab. 6. Wiederholte Injectionen in kurzen Intervallen werden ganz gut vertragen.

Dr. Bainbridge hat 12 Operationen an jüngeren und älteren Kindern unter Spinalanalgesie vollführt. Seine Schlussbemerkungen besagen: Kinder jeglicher Altersstufe vertragen die Methode ausserordentlich gut. Sie schreien vielleicht vor oder während der Injection, aber sie werden bald wieder ruhig und bleiben es während der Operation. Immer wurde die Aethersterilisation des Cocains oder Eucaïns angewendet. Eine kurze gestielte Nadel vermeidet die Gefahr des Abbrechens. Trotz der grossen Cocaïndosen kam es nur einmal zu alarmirenden Symptomen, an denen vielleicht auch nur der schwere Zustand des Kranken Schuld hatte. Gewöhnlich hatte das Steigern der Dosen nur eine ausgiebigere Analgesie und geringere Nachwirkung zur Folge.

Nach Prof. Reclus muss man bei der Beurteilung der Anästhesirungsmethode vermittels subarachnoidealer Cocaïninjectionen festhalten, dass es nicht immer leicht gelingt, in den Meningealsack zu gelangen, und dass es häufig vorkommt, dass keine Anästhesie, oder nur vorübergehende, manchmal aber auch erst spät eintretende erzielt wird. Wichtiger sind die unangenehmen Nebenerscheinungen dieser Form der Cocaïnanästhesie, und zwar allgemeine Tremor, Übelkeiten und Erbrechen, welche manchmal einige Tage andauern, Incontinentia alvi während oder nach der Operation, Parese der unteren Extremitäten und heftige, schlafraubende Cephalalgien. Die Statistik ergibt, dass die Gefahr der Cocaïnisation grösser ist, als die der Chloroform- oder Aethernarkose. Todesfälle nach lumbaler Injection von 0,01 oder 0,02 Cocaïn sind etwa sieben bis acht auf 2000 Fälle bekannt, während bei Chloroformnarkose einer auf 2300 und Aethernarkose einer auf 7000 vorkommen.

Während Dr. Goÿlaw bei einem 65-jährigen Kranken mit Arteritis obliterans der unteren Extremität durch Injection einer 1%igen Cocaïnlösung in den Rückgratscanal in 12 Minuten Analgesie erzielte, welche von gefahrdrohenden Erscheinungen (Kopfschmerz, Nausea, Frost, erhöhter Temperatur, fadenförmigem Puls, Benommenheit) begleitet war, beobachtete er bei einem anderen Kranken, 67 Jahre alt, mit Gangrän der linken

Digitized by Google

unteren Gliedmasse, nach unter Cocaïninjection (1,5%) zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel ausgeführter Amputation 20 Stunden später tödtlichen Ausgang. Beide Kranken hatten Arteriosclerose, Verdickung und Ektasie der Aorta; diese pathologischen Zustände, sowie Arteritis obliterans sind nach Verfasser Gegenanzeigen der Cocaïnanästhesie. In einem anderen Todesfalle fand sich Nierenaffection.

Dr. Riley hat mehr als 200 Rückenmarks-Cocaïnisirungen gemacht. Nach Autor hängt Alles von der Reinheit des Präparates ab. Wenn Vergiftungen vorkommen, oder die Analgesie ausbleibt, so sollte man immer die Mängel des Präparates in Berücksichtigung ziehen und nicht das Verfahren an sich verurteilen. Man schützt sich gegen die Verunreinigungen des Cocaïns in folgender Weise: Zunächst handelt es sich darum, ein wasserfreies, krystallisirtes, farb- und geruchloses Cocaïn zu finden. Man prüft dasselbe alsdann auf Isatropyl-Cocaïngehalt, indem man 0,1 g Cocaïn in 87 g Wasser löst und dann drei Tropfen Ammoniak (des officiellen Liquor) zusetzt. Die Lösung bleibt dann zunächst klar. Rührt man aber mit einem Glasstabe um, so fällt das Cocaïn in Krystallen aus. Bei Anwesenheit von Isatropyl-Cocaïn dagegen tritt sofort nach Zusatz von Ammoniak eine milchige Trübung ein, bei Anwesenheit anderer Verunreinigungen unterbleibt die krystallinische Fällung des Cocaïns.

Statt des Cocaïns verwendete Dr. Fink (Karlsbad) das Eucaïn zu subarachnoidealen Injectionen. Bezüglich der Analgesie erwies sich das Mittel als vollkommen brauchbar, die unangenehmen Nebenerscheinungen des Cocaïns blieben jedoch nicht aus und ist deshalb zur Zeit das Mittel ebensowenig zu allgemeinerer Verwendung zu empfehlen. Die in Anwendung gebrachte höchste Dosis von 0,15 scheint zu hoch gegriffen zu sein.

Dr. Schwarz empfiehlt an Stelle des Cocaïns das Tropococaïn zu subarachnoidealer Injection. Mit diesem Mittel soll er nie irgend welche Nebenerscheinungen, als Kopfschmerzen, Uebelkeit und Temperatursteigerung, gesehen haben. In Dosen von 0,03—0,05 erzeugte es eine vollständige Anästhesie, welche stundenlang anhielt und auch für grössere operative Eingriffe (Herniotomie, Sequestrotomie, Urethrotomie) geeignet war. Die Anästhesie tritt 10 Minuten nach dem Einstich ein.

An Prof. Schinzinger's Klinik zu Freiburg wurde, wie Dr. Kerff mitteilt, die Scopolamin-Morphium-Narkose nach Schneiderlin bisher in 80 Fällen angewandt. Die Art der Ausführung war bei Erwachsenen und nicht dringlichen Fällen folgende: Nach Vorbereitung des Patienten wird Früh 7 Uhr ein flüssiges Frühstück gegeben. Um 1/29 Uhr erste Dosis 0,0003 Scopolamin und 0,01 Morphium. Um 1/211 Uhr eine Injection gleicher Dosis an anderer Stelle. Bei Patienten, die ihrer Individualität nach geeignet schienen und noch Schmerzgefühle äussern, eine dritte Dosis um 12 Uhr. Eine Stunde nach der zweiten, beziehungsweise dritten Injection findet die Operation, eventuell unter Zuhilfenahme einer kleinen Dosis Chloroform, tropfenweise auf gewöhnlicher Flanellmaske angewendet, statt. In allen Fällen war man mit der Wirkung zufrieden. Bei Kindern von sieben bis zehn Jahren wurden 0,0001—0,0002 Scopolamin und 1/3—1/2 cg Morphium mit bestem Resultate angewendet. Bei einem älteren Manne, bei dem man wegen Arteriosclerose und Potatorium nicht narkotisiren wollte, gelang die Einrichtung einer Luxatio humeri nach Mothe-Rust ohne Weiteres.

Bemerkungen über die Schlussfolgerungen des Reportes des von der Britis hmedical Association eingesetzten Comités zum Studium der Narkosenfrage von Prof. Eastes (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Allgemeine Narkose und lokale Analgesie. Eine neue Aethermaske von Dr. Thöle (Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 5. Heft). — Dr Sudeck über Aethernarkose im ärztlichen Verein zu Hamburg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 3). — Ueber den Aetherrausch und seine Anwendungsweise von Dr. Teweles (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 37). — Die coupirte Aethernarkose von Dr. Kronacher (Centralbl. f. Chir. Nr 19). — Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmässiges und ruhiges Atmen zu Beginn der Narkose? von Dr. Hofmann (Centralbl. f. Chir. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5). — Ueber Narkosen mit Schleich'schen Siedegemischen von Dr. Selberg (Arch. f. klin.

Digitized by Google

Chir. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25). — Ueber die Sensibilität der Bauchhöhle und über locale und allgemeine Anästhesie bei Bauch- und Bruchoperationen von Prof. Lennander (Centralbl. f. Chir. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 11). — Erfahrungen über die Localanästhesie nach Schleich von Dr. v. Friedländer (Allg. med. Central-Zeitung Nr. 25). — Prof. v. Mikulicz über die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indicationen auf dem deutschen Chirurgencongresse (Münch med. Wochenschr Nr 18). — Die Verwendung des Beta-Eucains zur Infiltrationsanästhesie von DDr. Heinze und Braun (Arch. f. klin. Chir. — Ther. Monatsh. 5. Heft). — Ein Apparat für Schleich'sche Infiltrationsanästhesie von Dr. Moskowicz (Centralbl. f. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Prof. Bier über Rückenmarksanästhesie auf dem deutschen Chirurgencongresse (Münchener med. Wochenschrift Nr. 18). — Prof. Tuffier über Cocainisirung des Rückenmarkes in der Académie de Médecine zu Paris (Gaz. d. hôp. — Ther. d. Gegenw. 4. Heft). — Zur Cocainisirung des Rückenmarkes nach Bier von Prof. Trzebitzky (Wiener. klin. Wochensch. Nr. 22). — Zur Frage der Cocainisirung des Rückenmarks bei chirurgischen Operationen von Dr. Polubogatow-Halbreich (Medic. Obosr. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 10). — Bericht über 12 Operationen an jüngeren und älteren Kindern unter Spinalanalgesie von Dr. Bainbridge (Arch. of Pediatr. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 10. Heft). — Die Anästhesie vermittels subarachnoidealer Cocaïninjectionen von Prof. Reclus (Acad. de méd. — Wiener med Blätter Nr. 14). - Todesfall in Folge von Cocaïninjection in den Rückgratscanal von Dr. Goïlaw (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 4). — Die Wahl und Sterilisirung des Cocains für die Spinalinjection von Dr. Riley (Med. rec. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 82). — Ueber Eucainisirung des Rückenmarks von Dr. Fink (Prager med. Wochenschrift. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 17). — Zur Frage der medullaren Narkose von Dr. Schwarz (Centralbl. f. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 4. Heft). — Die Narkose des Herrn Dr. Schneiderlin von Dr. Kerff (Münchener med. Wochenschr. Nr. 29).

**Natrium sulfuricum.** Nach Dr. Manquat kann das Glaubersalz entweder als mildes Laxans oder zur Bekämpfung dyspeptischer Zustände verwertet werden. I. Als Laxans sind Dosen von 6—7 g meist genügend. Das Mittel wird in einem grossen Glas Wasser nüchtern genommen 1. bei habitueller Obstipation; 2. in Fällen, wo jede Anstrengung beim Stuhlgang zu vermeiden ist (Bauchhernien, Apoplektikern, Neigung zu Congestionen); 3. bei Hämorrhoidariern; 4. bei Personen, die an Appendicitis gelitten haben, nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen; 5. bei Enterocolitis membranacea; 6. bei Personen, welche früher an Peritonitis gelitten haben und bei welchen Neigung zu Darmobstruction besteht; 7. bei chronischer Diarrhoe der Tropen und bei chronischer Dysenterie. Je nach dem Falle ist das Mittel täglich oder bloss alle zwei oder drei Tage zu verabreichen. II. Bei der Behandlung dyspeptischer Zustände verschreibt Manquat 6 g Glaubersalz in einem grossen Glas Wasser von 37° Morgens nüchtern während 20 Tagen. Gleichzeitig bekommt Patient eine reichliche Kost. Gute Resultate beobachtet man 1. in Dyspepsieformen klinisch characterisiert durch Hyperästhesie der Magenschleimhaut und die daraus resultirende spastische Zusammenziehung des Pylorus. 2. Ferner hat man von der Anwendung des Glaubersalzes günstige Resultate gesehen bei Dyspepsien auf chlorotischer Grundlage, namentlich wenn die Magenstörung von Schmerzen oder Obstipation begleitet ist; 3. bei tuberculöser Dyspepsie; dabei ist aber die Cur sorgfältig zu beobachten und abzubrechen, sobald sie nicht vertragen wird; 4. bei schmerzhaften Dyspepsien ohne organische Läsion; 5. bei übermässiger Magensaftsecretion; 6. bei Glycosurie der Dyspeptiker. Hat man Glaubersalz zu lange genommen, so treten Verdauungsstörungen auf, zunächst wenig accentuirt und mit dem Aussetzen des Mittels bald verschwindend. Dieselben können aber, wenn mit der Darreichung des Salzes fortgefahren wird, zur Hypopepsie, resp. Apepsie führen. Es tritt zunächst Abnahme des Appetits, verlangsamte Magenentleerung, Hyperacidität, häufiges Aufstossen u. s. w. ein. Aus diesem Grunde sollten Glaubersalzcuren nicht länger als höchstens dreissig Tage dauern. Wird das Mittel nur alle zwei bis drei Tage genommen, so kann die Cur monatelang ohne Schaden fortgesetzt werden; jedoch ist es immer empfehlenswert, von Zeit zu Zeit gänzlich damit auszusetzen, wenn die secretorische Thätigkeit des Magens nicht in Mitleidenschaft gezogen werden muss.

Ueber die therapeutische Verwendung des Natrium sulfuricum von Dr. Manquat (Rev. thér. médic. chir. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 1).

**Natronsuperoxydseife.** Zur Erweichung und Depigmentation der Haut bei

Digitized by Google

Acnefällen, bei denen allgemeine Hyperkeratose, Comedonen, Pigmentation etc. zu beseitigen sind, empfiehlt Dr. Unna (Hamburg) die Natron-Superoxydseife. Als beste Grundlage dient eine Salbenseife, gemischt aus drei Teilen Paraffinum liquidum und sieben Teilen vollkommen getrocknetem Sapo medicatus. Von dieser $Na_2O_2$-Seife hatte Unna den erwarteten Erfolg. Ihm ist kein anderes chemisches Mittel bekannt, mit dem man in so kurzer Zeit einer blassen, übermässig verhornten, mit Comedonen besetzten, schwarz punktirten Gesichtshaut eine rosige, gesunde Hautfarbe und eine reine weiche Oberhaut wiedergeben könnte. Die Seife wird in leichteren Fällen einmal vor dem Zubettgehen, in schwereren bei jeder Waschung etwa dreimal täglich, vorübergehend benutzt. Man verschäumt die Seifensalbe mit einem nassen Wattebausch so lange auf der Haut, bis die Application schmerzhaft empfunden wird und spült dann rasch mit Wasser wieder ab. Nach der Anwendung folgt das sonst indicirte Mittel (Zinkschwefelpaste, Zink-Resorcin-Sublimatpaste etc.). In inveterirten Fällen wird mit einer 10%igen, selbst 20%igen $Na_2O_2$-Seifensalbe begonnen und bei fortschreitender Besserung zu 5—2%iger übergegangen; die milderen Salben lässt man um so länger verschäumen. Besonders vorteilhaft wirkt das Mittel auch bei Rosacea punctata.

Natron-Superoxydseife von Dr. Unna (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 14).

**Nebennierenextract.** Prof. Schafer hat Versuche über die Wirkung der Nebennierenmarksubstanz anstellen lassen und gefunden, dass sie mehr wie irgend ein anderer bekannter Körper die Wirkung hat, die Muskulatur des Uterus zur Contraction zu bringen. Diese Wirkung tritt nicht nur dann auf, wenn man den Nebennierenextract in die Uterushöhle bringt, sondern auch bei Verabreichung desselben vom Munde aus. Bei post partum-Blutungen empfiehlt es sich bei mangelnder Contraction allerdings, die Substanz in die Uterushöhle einzuspritzen und so auch eine directe Wirkung auf die Arteriolen herbeizuführen. Die Lösung wird aus getrockneter Marksubstanz der Nebenniere hergestellt (2,0 Trockensubstanz auf 1 Pinte Wasser) und kann durch Kochen sterilisirt werden. Ferner empfiehlt Verfasser eine schwächere Lösung zur intravenösen oder im Notfall intracardialen Einspritzung bei Herzstillstand, bei Schock, Blutverlusten oder besonders bei Herzstillstand in der Narkose; die Resultate bei Tieren waren äusserst ermutigend. Die blutstillende Wirkung des Mittels kann erhöht werden durch Zusatz von Chlorcalcium.

Dr. Harmer (Wien) hat 10—15% Nebennierenextract bei 32 Personen auf seine Wirkung hinsichtlich der Schleimhaut der Nase oder des Kehlkopfes geprüft und beobachtete bei localer Anwendung eine rasche Abschwellung, besonders der Schleimhaut der Nase, die aber nach ziemlich kurzer Zeit wieder zurückging; ferner zeigte sich, dass das Extract die Wirkung des Cocaïns in hohem Maasse unterstützt, so dass man schon mit kleinen Cocaïndosen eine vollständige Anästhesie erzielen kann. Es empfiehlt sich daher, von dieser Eigenschaft bei Personen Gebrauch zu machen, welche Cocaïn schlecht ertragen. Die zu beobachtende Abschwellung der Schleimhäute kommt durch Contraction der Gefässe zu Stande.

Dr. Mc Kenzie konnte in einem Falle bei einem 13jährigen Knaben durch locale Anwendung von Nebennierenextract eine Nasenblutung stillen, die seit einer Woche vergeblich mit Tamponade und innerlicher Verabreichung blutstillender Mittel behandelt worden war. Die lose Einführung von mit dem Extract getränkter Watte stillte sofort die Blutung. Der Knabe war zweifellos ein Bluter.

Zur praktischen Anwendung des Nebennierenextractes von Prof. Schafer (Brit. med. Journ. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 25). — Ueber die Wirkung des Nebennierenextractes auf die Schleimhaut der Nase und des Kehlkopfes von Dr. Harmer (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 19). — Nebennierenextract als blutstillendes Mittel bei den Nasenblutungen der Haemophilen von Dr. Mc Kenzie (Brit. med. Journ. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 25).

**Neoplasmen.** Prof v. Leyden (Berlin) bespricht die mikroskopischen Be-

Digitized by Google

funde, die er an Präparaten von Krebssaft und carcinomatösen Exsudaten erheben konnte. In einer grossen Reihe von Ascitesfällen mit zellreichem Exsudat wurden Zellen mit amöboider Bewegung gefunden, analog der 1897 publicirten Leydenia Schaudinn. Wahrscheinlich gehören diese Zellen mit starken langen Ausläufern und schirmartigen Ausbreitungen dem carcinomatösen Ascites in characteristischer Weise an und Verfasser hat einige Male diesen Befund mit Erfolg diagnostisch verwertet. In anderen Fällen gelang es, im Carcinomsaft eigentümliche Zelleinschlüsse zu finden. Sie stellten sich als bläschenartige Bildungen dar, im Protoplasma epithelartiger Zellen eingebettet, die im Centrum einen sich lebhaft rot färbenden Punkt enthielten. Sie erinnern an den Erreger der Kohlhernie genannten Pflanzenkrankheit (Plasmodiaphora Brassicae, Woronin). v. Leyden glaubt nicht, dass der Erreger des Carcinoms unter den Hefepilzen zu suchen sei, sondern vermutet ihn in einem Protozoon.

Ueber die Vermehrung der Todesfälle an Krebs haben bei den stattgefundenen Verhandlungen des Comités für Krebsforschung mehrere Mitglieder eingehend berichtet. Der Vorsitzende Prof. v. Leyden entnimmt den verschiedentlichen Veröffentlichungen deutscher, englischer, etc. Forscher, dass in den europäischen Culturländern die Zahl der Krebserkrankungen und der Todesfälle an dieser schrecklichen Krankheit in bedenklicher Zunahme begriffen sei. Für ein gewisses Lebensalter wird die Sterblichkeit an Krebs auf nahezu ein Viertel von der an Tuberculose angegeben. Auch auf anderem Wege wird dies bestätigt. Die Krebskrankheit ist auf dem Wege, eine Volkskrankheit zu werden, und zwar aller Stände.

Prof. Kirchner (Berlin) hat aus den Sanitätsberichten über den preussischen Staat nachweisen können, dass die Todesfälle an Krebs auf 10,000 Lebende berechnet, von 1888—1897 zugenommen haben, von 3,73 auf 5,29 bei Männern und von 4,45 auf 6,05 bei Frauen, dass dieselben sich also in zehn Jahren um etwa 50% vermehrt haben. Diese Vermehrung ist besonders für die Altersklassen von 40—60 Jahren ausgesprochen; von 40—50 Jahren von 5,97 auf 7,69 bei Männern, also um den dritten Teil, von 50—60 Jahren von 15 auf 21 bei Männern, also um mehr als ein Drittel. Eine Statistik von 16 preussischen Städten mit mehr als 100,000 Einwohnern lieferte ähnliche Ergebnisse. Hier treten offenbar geographische Unterschiede hervor; die Krebssterblichkeit zeigt an verschiedenen Orten eine verschiedene Höhe und eine verschiedene Zunahme. So starben in der Alterklasse von über 60 Jahren im Jahre 1894 von 100,000 Lebenden an Krebs in Altona 63, in Crefeld nur 52. Es scheint der Osten stärker beteiligt zu sein, als die Rheingegend und der mittlere Teil des Landes.

In einem dem Comité für Krebsforschung in Berlin gewidmeten Buche: „Die Carcinomlitteratur" hat Dr. Behla sich die Aufgabe gestellt, eine vollständige Zusammenstellung der gesammten Litteratur über den Krebs zu geben. Das Buch ist sehr zweckmässig so angeordnet, dass der erste Teil ein nach den Autorennamen alphabetisch geordnetes Verzeichniss der Krebsschriften bringt, während der zweite Teil ein umfassendes Sachregister und damit den Schlüssel zur Benützung des ersten gibt. Im Buche sind etwa 5500 Arbeiten angeführt.

Derselbe Autor ist auf Grund seiner eigenen und der Beobachtungen anderer Autoren der Ansicht, dass der Krebs unter Umständen von Person zu Person ansteckend ist, freilich nicht häufig; unter welchen Bedingungen die Ansteckung zu Stande kommt, wissen wir zur Zeit nicht; jedenfalls muss man nach Verfasser schon mit der möglichen Ansteckungsfähigkeit des Carcinoms rechnen und darnach entsprechende Vorsichtsmaassregeln, die der Hauptsache nach in den üblichen Desinfectionsmaassnahmen bestehen.

Prof. Löffler (Greifswald) fand bei geschichtlichen Studien über die Malaria in älteren medicinischen Schriften Mitteilungen, wonach in einzelnen Fällen Carcinome durch Hinzutreten von Malaria spontan heilten. Er macht deshalb den Vorschlag, die Heil-

Digitized by Google

ung von Carcinomon dadurch zu versuchen, dass man den Krebskranken Malariablut einspritzt, wodurch man bekanntlich die Malaria künstlich erzeugen kann. Man dürfte dies unbedenklich thun, da man ja eine zu therapeutischen Zwecken hervorgerufene Malariaerkrankung jederzeit mit Hilfe von Chinin coupiren könne, sobald bedrohliche Erscheinungen auftreten.

Prof. Lassar (Berlin) hat bereits 1893 mitgeteilt, dass es ihm gelungen sei, Hautcancroide durch lange fortgesetzte Arsengaben zu heilen. Die Beobachtung hat gezeigt, dass die Heilung eine vollständige ist, dass kein Rückfall eintritt. Im Februar des Berichtsjahres stellte Lassar der medicinischen Gesellschaft zu Berlin zwei Kranke vor. Einer der 893 Geheilten und seitdem gesund Gebliebenen und eine Frau, bei der ein stark linsengrosses Cancroid der Nase vollkommen verschwunden war, nachdem sie Monate lang in auf- und absteigender Menge, im Ganzen 1000 Stück asiatischer Pillen zu 1 mg eingenommen hatte.

Dr. Clark hat bei einer 63jährigen Diabetikerin mit Mammacarcinom die Röntgenstrahlen zur Heilung dieses Carcinoms angewendet, das eine grosse geschwürige Fläche von der Mittellinie bis in die Achselhöhle hinein darstellte. Die ulcerirte Fläche war 1—1½ Hände breit und schloss die ganze rechte Mamma in sich ein. Das Leiden bestand bereits seit sieben Jahren. Lymphdrüsen in der rechten Achselhöhle haselnussgross zu fühlen. Die Röntgenstrahlen wurden zwei Monate lang fünfmal in jeder Woche, die Sitzungen von 15 Minuten Dauer angewendet. Es wurde dadurch eine allmähliche Ueberhäutung und bedeutende Verkleinerung der Geschwürsfläche erreicht; gleichzeitig liessen die Schmerzen nach und die harten Knoten nahmen an Grösse ab. Zwei Abbildungen, vor und nach Beginn der Behandlung aufgenommen, veranschaulichen den Erfolg der Behandlung; an Stelle der Geschwürsfläche eine fast vollständig überhäutete Narbe. Sogar die Drüsen in der Achselhöhle sollen kleiner geworden sein. Das Allgemeinbefinden hob sich während der Kur.

Dr. Abbe hat in drei Fällen von verzweifelter Mamma-Carcinomatose die Ovariotomia bilateralis mit befriedigendem Erfolge ausgeführt.

Auf der deutschen Naturforscherversammlung berichtete Prof. v. Mikulicz über seine Erfahrungen bezüglich des Magencarcinoms. Im Verlauf von 10 Jahren sind 447 Fälle zur Aufnahme gekommen. 320 Fälle sind operirt worden (127 nicht), und zwar Probeincision 44, Gastrostomie 27, Jejunostomie 12, Gastroenterostomie 143, Resectio ventr. 100, Exstirpatio ventr. 3. Aus diesem Materiale ergeben sich hinsichtlich der Mortalität der Operation und der dadurch erzielten Lebensverlängerung folgende Daten: Die Nichtoperirten hatten eine durchschnittliche Lebensdauer von 11 Monaten, diejenigen nach Probelaparotomie 12 Monate. Von diesen letzteren 44 Fällen sind 4 gestorben, aber nur 2 in Folge der Operation, also hat die Probeincision eine Mortalität von nur 4½%. Deshalb sollte sie häufiger gemacht werden. Von den 27 Gastrostomien sind 4 im Anschlusse an die Operation gestorben, sie haben darnach noch 3½ Monate gelebt, im Ganzen 12 Monate seit nachweislichem Beginne des Leidens. Diese Operation hat daher nicht erheblichen Wert, sie soll nur aus humaner Rücksicht unternommen werden im letzten Stadium der Krankheit, wo der Patient Hungerqualen leidet. Die Jejunostomie ist als sehr gefährlich zu verwerfen und nur dann auszuführen, wenn die ganze Magenwand so infiltrirt ist, dass die Anlegung einer Fistel unmöglich ist. Die 143 Fälle von Gastroenterostomie haben eine Mortalität von 31½%, in den letzten Jahren nur noch von 26%. Die 58 überlebenden Fälle hatten noch eine Lebensdauer von 5½ Monaten nach der Operation, von 13¼ Monaten nach Beginn des Leidens. Dieser Vorteil der Operation erscheint gering, namentlich noch in Anbetracht ihrer grossen Gefahr. Die 100 Resectionen hatten eine Mortalität von 37%, in den letzten Jahren aber nur noch von 25%. Die Chancen sind also keineswegs so ungünstig, als bei der Gastroenterostomie. Dauererfolge: Von 57 leben noch 20 zwischen ½ und 8¼ Jahren, 10 mehr als 2 Jahre, 4 mehr als 3½ Jahre. 17%

Digitized by Google

können als radical geheilt gelten. Der Wert der Resection liegt nicht nur in der Erhaltung des Lebens, sondern auch als Palliativoperation ist sie der Gastroenterostomie überlegen, weil die Patienten darnach jedenfalls länger leben, offenbar weil der Carcinomherd aus dem Körper entfernt ist. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Resection ist ein Jahr, dabei sterben die Patienten meist an inneren, weniger schmerzhaften und lästigen Metastasen, z. B. Ovarium, Knochen u. dgl. Die Gastroenterostomie ist also einzuschränken zu Gunsten der Resection einerseits, der Probelaparotomie andererseits. Sie ist nur bei Pylorusstenose mit Stagnation indicirt. Wenn die Diagnose noch frühzeitiger gestellt und die Technik noch weitere Verbesserung erfahren haben wird, dann ist eine günstigere Gestaltung der Statistik zu erwarten.

Prof. v. Erlach und Dr. v. Woerz (Wien) kommen nach eingehender kritischer Studie der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses zu folgenden Schlüssen: Die vaginale Totalexstirpation ist dort auszuführen, wo das Carcinom auf den Uterus beschränkt ist oder seine Grenzen doch nur so weit überschritten hat, dass ein Operiren in verlässlich gesundem Gewebe möglich ist und eine die Prognose absolut verschlechternde Complication fehlt. Als Versuch zur Heilung ist der Eingriff gestattet, wenn die Operation noch technisch ausführbar und nicht anzunehmen ist, dass die die Operation erschwerenden Umstände auf ausgebreitete Carcinomerkrankung zurückzuführen sind. Wo das Carcinom in grösserem Ausmaasse auf die Vagina übergriffen hat, concurrirt die vaginale Totalexstirpation mit der sacralen Exstirpations-Methode. Wo eine nicht carcinomatöse, aber absolute Fixation des Uterus besteht, oder seine Grösse in Folge eines Corpuscarcinoms oder grosser Myome, resp. anderer Tumoren die Entfernung auf vaginalem Wege ausschliesst, ist wegen absoluter Indication die Exstirpation auf dem abdominalen Wege auszuführen, hiebei sind die regionalen Lymphdrüsen mit zu entfernen. Bei Complication mit bestehender oder kurz vorher bestandener Gravidität ist die abdominale Totalexstirpation zum Zwecke der Ausräumung des Beckens und der Exstirpation der regionären Lymphdrüsen angezeigt. Die sacrale Methode ist nur anwendbar bei sonstigem guten Gesundheitszustande der Kranken; insbesondere sollen Herz, Lungen, Nieren gesund sein. Die Operation kann mit Aussicht auf Erfolg ausgeführt werden: 1. In Fällen von Carcinom der Cervix oder der Portio, welche an der Grenze der vaginalen Operabilität stehen. 2. Dieselbe ist insbesondere angezeigt, wenn die Vagina eng und lang ist. 3. Dieselbe ist empfehlenswert, wenn bei enger Vagina die Vergrösserung des Uterus eine solche ist, dass die vaginale Operation Schwierigkeiten bietet, ohne dass die Grösse des Uterus eine nur den abdominalen Weg gestattende wäre. 4. Bei teilweiser Fixation des Uterus durch alte parametritische Stränge oder bei carxinomatöser Infiltration der unteren Teile des Parametriums, besonders bei enger Scheide, erscheint diese empfehlenswert. 5. Bei Carcinom der hinteren Scheidenwand und der angrenzenden Muttermundslippe kann der sacrale Weg weiter versucht werden, aber jedenfalls ist der Uterus mit zu entfernen. 6. Bei allen Fällen stärkerer Ausbreitung des Carcinoms in der Scheide und in den untersten Teilen des Parametriums ist die sacrale Operation mit vollständiger Ausschneidung der Scheide zu beginnen.

Bezüglich der operativen Behandlung des Uteruscarcinoms hat Prof. Jordan (Heidelberg) folgende Ansicht: Da die vollständige Ausräumung der Drüsen unmöglich, die partielle aber belanglos, die Gefahr wegen der grossen Verletzung bedeutend ist, da ausserdem die Dauerheilungen nicht die der vaginalen Exstirpationen übersteigen, ist das Normalverfahren die vaginale Hysterektomie; die abdominelle ist nur dann auszuführen, wenn die vaginale unmöglich ist. Dabei ist das Uebergreifen des Carcinoms auf die Blase und den Darm keine Gegenindication der vaginalen Methode. Er empfiehlt den Schuchardt'schen paravaginalen Schnitt, dem er eine Zusammennähung der vorderen und hinteren Vaginal-

Digitized by Google

wand über der Portio, um eine Infection zu vermeiden, voranschickt.

Weil. Prof. Schuchardt (Stettin) fand, dass mit Hilfe des paravaginalen Schnittes die Indicationen zur Exstirpation des carcinomatösen Uterus sehr viel weiter gestellt werden können. Durch sein Verfahren sollen die ganzen Parametrien mit weggenommen werden können. Der Schnitt selbst ist ganz ungefährlich, die Gesammtmortalität aller leichten und schweren Fälle war 12%. Der Schnitt ist stets per primam geheilt.

Prof. Döderlein (Tübingen) hat ein neues Verfahren zur Totalexstirpation ersonnen, welches in folgender Technik besteht: Die Portio vaginalis wird stark nach oben gezogen, die hintere Cervixwand senkrecht bis tief in den Uterus hinein gespalten, der Uterus vorgezogen und die Spaltung an dem entwickelten Uterus nun bis in die vordere Wand fortgesetzt bis zur Cervix. Nun stösst man merkwürdiger Weise nicht auf die Blase, sondern auf den antecervicalen, retrovesicalen Raum; die Blase hat sich durch den starken Zug nach oben entfernt. Die vordere Cervixwand wird von innen nach aussen mit dem Messer gespalten und nun jede Uterushälfte für sich exstirpirt.

Die abdominale Totalexstirpation der Vagina empfiehlt Prof. Wertheim (Wien) auf Grund seiner bei abdominalen Uteruskrebsoperationen gemachten Erfahrung der leichten Ablösung des ganzen Scheidenrohres. Blase oder Ureteren kämen dabei nicht in Gefahr. Er beschreibt zwei neue Fälle von Uterusscheidenkrebs, bei denen er vom Abdomen aus den Uterus mit Anhängen und dem parametranen Zellgewebe nach Isolirung der Ureteren und Unterbindung der Uterinae von Mastdarm und Blase bis auf die Scheidenwand herunter abpräparirt, nach unten versenkt, und dann das Peritoneum von Blase und Mastdarm darüber vernäht. Erst nach vollendeter Bauchnaht wird der Introitus vaginae umschnitten und das aufgelöste Genital extrahirt. Drainage des subperitonealen Raumes mit Jodoformgaze. Blutung sehr gering.

Zur Bekämpfung der Blutungen und des Ausflusses bei inoperablem Uteruscarcinom verwendet Prof. Torggler (Klagenfurt) das Wasserstoffsuperoxyd in 12%iger Lösung. Nach Einstellung der carcinomatösen Stelle im Speculum wird dieselbe soweit als möglich mittels Tupfer gereinigt, hierauf die Wunden mit Jodoformgaze, die in 12%iger $H_2O_2$-Lösung getränkt ist, tamponirt und belegt. In dem Augenblick, in welchem das $H_2O_2$ mit der wunden Fläche in Berührung kommt, entsteht eine sehr reichliche Schaumbildung durch Sauerstoffentwickelung. Um diese Katalyse möglichst zu erhalten, legt Verfasser immer noch einen grossen trockenen Jodoformgazestreifen darauf in die Vagina und lässt diese Tampons 2—4 Tage liegen. Nach dem ersten Tamponwechsel ist ein noch so penetranter Geruch geschwunden, die copiöse Secretion lässt nach, granulirende Stellen treten an Stelle des jauchigen, putriden Gewebes; bei jeder neuen Application von $H_2O_2$ ist die Schaumbildung geringer und gibt dadurch einen Maassstab dafür, dass das Carcinom sich reinigt. Man kann so starke Concentrationen von $H_2O_2$ anwenden, weil es ungiftig ist. Wenn nun die carcinomatösen, ulcerirten Partien gereinigt sind, das nekrotische Gewebe zerstört ist, so schliesst Verfasser meistenteils eine Palliativoperation an. Dieselbe besteht gewöhnlich in möglichster Ausschabung der carcinomatösen Massen, Abtragung frei beweglicher Fetzen mit der Schere, Stillung der Blutung durch Glüheisen oder Paquelin, seltener durch Atmokauter, Ausstopfung des so geschaffenen Wundtrichters mittels Fächertampon von Jodoformgaze, die 4—6 Tage liegen bleibt. Die Nachbehandlung bestand meist im trockenen Verfahren und zwar in Anwendung von Jodoformkohlenpulver. Seit einigen Jahren wendet Verfasser statt der Trockenbehandlung die Formalinbehandlung an. Nach Entfernung des Fächertampons wird der Wundtrichter gut in einem Speculum eingestellt, mittels trockenen Tupfers gereinigt und dann in den Krater 5—10 Minuten lang ein in Formalin getauchter Wattetampon eingelegt. Die ersten Male gebraucht Ver-

Digitized by Google

fasser 4%iges (d. h. Verdünnung 1 : 10 der 40%igen Originallösung), dann 10-%iges, später meist 40%iges, d. h. reines Schering'sches Formaldehyd. Man hat darauf zu achten, dass nichts von der ätzenden Flüssigkeit in die Vagina abläuft, was am besten verhindert wird durch Austrocknen mit Wattebäuschchen und vorsichtiges Abspülen. Vor der Wundhöhle wird in die Vagina lockere Jodoformgaze gelegt. Der sich bildende Schorf ist so stark als bei Anwendung von 50%igem Chlorzink. In 6—10 Tagen stösst sich der Formalinschorf ab, die Wunde erscheint trocken, nach der zweiten bis dritten Application ist schon eine Mumification des Gewebes eingetreten, die Wundhöhle verkleinert, das Secret im Verschwinden. Das Formalin wirkt etwas hämostatisch und stark antibakteriell. In 150 Fällen hat Verfasser bisher das Formalin mit gutem Erfolge in dieser Weise angewendet.

Nach Dr. Stapler (Wien) liefert die Ausschabung und nachträgliche Aetzung mit rauchender Salpetersäure beim inoperablen Uteruscarcinom gleichfalls gute Resultate. Etwas weniger energisch wirkt die Salpetersäure im Status nascendi. Nach der Ausschabung wird die Wundfläche mit Jodoformpulver bedeckt und mit dem Lapisstift bestrichen. Dadurch wird Salpetersäure frei und der entstehende Brei bildet eine Kruste, unter der sich Granulationen entwickeln.

Die Anzeigen zur palliativen und radicalen Behandlung der Uterusmyome bespricht Dr. Schaller (Stuttgart). Grösse der Geschwülste, Stärke der Schmerzen, hochgradige Blutverluste, rasches Wachstum im geschlechtsreifen Alter, sarkomatöse Degeneration, Verjauchung und eiteriger Zerfall sind Indicationen für die Operation; bei Frauen der arbeitenden Classe gehört dazu noch die Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit. Die Operation kann entweder in der Auskernung des Myoms oder der Entfernung des Uterus bestehen. Erstere, ob nun vaginal oder abdominell durchgeführt, hat den Nachteil, die oft noch vorhandenen anderen Myomkeime zurückzulassen. Die vaginale Totalexstirpation hat den Vorteil der Vermeidung des peritonealen Shocks; dabei ist die Ligaturmethode der Klemmmethode vorzuziehen, weil bei letzterer doch immer lebensgefährliche Nachblutungen vorkommen können. Die beiden wichtigsten Operationsmethoden sind die supravaginale Amputation mit retroperitonealer Stielversorgung und die abdominale Totalexstirpation; letztere ist bei grossen Tumoren oder maligner Degeneration angezeigt. Stets soll zur Vermeidung von Ausfallerscheinungen bei der Operation wenigstens ein Ovarium zurückgelassen werden. Hauptgefahren der Operation sind Lungenembolie, Schädigung des geschwächten Herzens, hypostatische Pneumonie und Bronchitis. Die conservative Behandlung der Myome besteht erstens in Ruhe und Eisumschlägen, bei gleichzeitiger Hebung der Ernährung und des Allgemeinbefindens. Als blutstillende Mittel wirken Hydrastis, dreimal täglich ein Kaffeelöffel monatelang, Gossypium, Stypticin, fünfmal täglich zwei Tabletten à 0,05, und hauptsächlich Ergotin, insbesondere in subcutanen Injectionen. Dabei können Myome sich verkleinern, selbst verschwinden. Dann kommen heisse Irrigationen und Scheidentamponade, Aetzungen der Uterusschleimhaut mit Jodtinctur, 50% Carbolspiritus, 10—50% Chlorzinklösung, endlich Auskratzungen in Betracht. Elektrische Behandlung nützt nichts. Die Schmerzen lassen sich oft durch Sool-, Jod- oder Moorbäder lindern. Bei ausgebluteten Frauen macht man eventuell die Castration, weil dieselbe kürzer, dauert als die Myomoperation und dann manchmal Wachstumsstillstand eintritt.

Die Vorteile der Myomenucleation sind nach Prof. Martin so gross, dass sie mehr als bisher angewendet werden sollte. Erst bei der Operation lässt sich entscheiden, ob genügend functionsfähiges Gewebe für Erhaltung des Uterus vorhanden ist. Im Allgemeinen wird man sehr umfangreiche, fest verwachsene Myome nicht von der Scheide operiren, desgl. bei ungünstigen Scheidenverhältnissen. Anämie (Myomherz) und chronischer Bronchialcatarrh lassen, wenn irgend möglich, eine vaginale Operation wünschenswert erscheinen. In allen Fällen

Digitized by Google

ist eine vollkommene Freilegung des Uterus notwendig, die eventuell eröffnete Uterushöhle muss selbstverständlich für sich vernäht werden; wichtig ist, dass die Serosa genau zum Abschluss kommt. Ob die vordere oder hintere Colpocöliotomie ausgeführt wird, hängt vollkommen von dem Sitz der Myome ab, im Allgemeinen bevorzugt Martin den vorderen Scheidenschnitt.

Dr. v. Guérard (Düsseldorf) zieht bei Totalexstirpationen bei Myom der üblichen präventiven Blutstillung durch Massenligatur oder isolirte Unterbindung das sogenannte chirurgische Verfahren, d. h. Durchschneidung der Gewebe, Erfassen der Gefässe und dann erst Unterbinden vor. Hierdurch wird die Zahl der Unterbindungen eine minimale, und, da kein abgeschnürtes Gewebe in der Bauchhöhle zurückbleibt, fällt ein häufiger Grund für spätere Adhäsionsbildungen weg.

Eine aus der Klinik von Prof. Landau (Berlin) von Dr. Thumim veröffentlichte Zusammenstellung der seit 1885 publicirten Fälle von Myomen der Gebärmutter in Schwangerschaft und Geburt ergibt für abdominale Totalexstirpation bei Myom mit Schwangerschaft eine Mortalität von 8,9%, für supravaginale Amputation 11%. Die Totalexstirpation vermeidet spätere catarrhalische und maligne (bis jetzt 15 Fälle) Erkrankung des Cervixstumpfes und ermöglicht bessere Drainage. Drei Fälle von Myom-Enucleation während der Schwangerschaft führten alle zu rechtzeitiger normaler Entbindung. Unter sechs Fällen von abdominaler Totalexstirpation während der Schwangerschaft endete nur einer tödtlich.

Zur Aetiologie des Carcinoms von Prof. v. Leyden (Zeitschr. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 28). — Prof. v. Leyden und Prof. Kirchner über die Vermehrung der Todesfälle an Krebs (Deutsche med. Wochenschr. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25). — Die Carcinomlitteratur von Dr. Behla. Berlin 1901. — Ueber „Cancer à deux" und Infection des Krebses von Dr. Behla (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26). — Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms von Prof. Loeffler (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42). — Zur Therapie des Cancroid von Prof. Lassar (Berliner klin. Wochenschr. — Schmidt's Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Die Wirkung der Röntgenstrahlen in einem Falle von chronischem Mammacarcinom von Dr. Clark (Brit. med. Journ. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 64). — Inoperabler recidivirender Brustkrebs von Dr. Abbe (New-York. med. Journ. — Wiener med. Blätter Nr. 35). — Prof. v. Mikulicz's Erfahrungen über Magencarcinom auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Wiener med. Blätter Nr. 41). — Beiträge zur Beurteilung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses von Prof. v. Erlach und Dr. v. Woerz (Centralbl. f. d. ges. Ther. 7. Heft). — Prof. Jordan über die operative Behandlung des Uteruscarcinoms auf dem deutschen Chirurgencongresse (Münchener med. Wochenschr. Nr. 18). — Prof. Schuchardt über die paravaginale Methode der Exstirpatio uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs ebendaselbst (Ebendaselbst). — Prof. Döderlein über eine neue vaginale Operationsweise der vaginalen Totalexstirpation ebendaselbst (Ebendaselbst). — Die abdominale Totalexstirpation der Vagina von Prof. Wertheim (Centralbl. f. Gynäk. — Ther. d. Gegenw. 2. Heft). — Beitrag zur Behandlung des inoperablen Gebärmutterkrebses von Prof. Torggler (Münchener med. Wochenschr. Nr. 30). — Behandlung des inoperablen Gebärmutterkrebses von Dr. Stapler (Wiener med. Wochenschr. Nr. 4). — Ueber die Anzeigen zur palliativen und radicalen Behandlung der Uterusmyome von Dr. Schaller (Münch. med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 9). — Prof. Martin über Myomenucleation auf der deutschen Naturforscherversammlung (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 93). — Bemerkungen zur abdominalen Totalexstirpation bei Myom von Dr. v. Guérard (Centralbl. f. Gynäk. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 2). — Chirurgische Eingriffe bei Myomen der Gebärmutter in Schwangerschaft und Geburt von Dr. Thumim (Arch. f. Gynäk. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 51).

**Nervenkrankheiten.** Ueber Luftcuren für Nervöse und Nervenkranke schreibt Dr. Löwenfeld (München). Bei der Wahl eines Luftcurortes ist im Allgemeinen Rücksicht zu nehmen auf die Temperaturempfindlichkeit des Patienten und auf die Seehöhe seines gewöhnlichen Aufenthaltsortes und sind besonders schroffe Uebergänge zu meiden. Für kräftige Personen, welche die Hitze schlecht ertragen, eignet sich alpines (1000—1400 m Höhe) und hochalpines (über 1400 m) Klima, für zarte und blutarme besser Orte nicht über 900 m, besonders wenn das ständige Domicil unter 300 m liegt. Neurastheniker mit erheblich gesteigerter Erregbarkeit des vasomotorischen und Herznervensystems, mit lange bestehender und hochgradiger Schlaflosigkeit oder Arteriosclerose sind nicht ins Hochgebirge zu schicken, für welches sich andererseits besonders Erschöpfungszustände infolge geistiger Ueber-



Digitized by Google

anstrengung eignen. Orte über 1000 m Höhe haben mehr schlafverscheuchenden Einfluss als niedrigere Lagen, andererseits ist die an diesen vorhandene Schlaflosigkeit von ungünstigerem Einflusse auf den Nervenzustand. Während sexuelle Schwächezustände und fixirte Phobien im Höhenklima unbeeinflusst bleiben, sah Verfasser vorzügliche Erfolge bei intestinaler Neurasthenie, vorwiegend dyspeptischen Charakters. Die Höhenluft wirkt tonisirend und anregend, die Seeluft tonisirend und sedativ. Im Allgemeinen sind Höhenlage unter 1000 m und Ostseeküste, sowie Erhebung über 1000 m und Nordseeaufenthalt, von der Bedeutung des Seebades an und für sich abgesehen, gleichwertig. Bei reiner Hysterie, nicht bei der häufigeren Hysteroneurasthenie sind Luftcuren per se nicht von solchem Einflusse, für Epileptische möchte Autor das Binnenland mit schattiger Waldung oder mässige Höhe empfehlen, die Migräne wurde durch jede Luftcur günstig beeinflusst, durch keine geheilt. Bei echten Neuralgien ist von solcher nichts zu erwarten, bei Tabetikern sah Verfasser vom Aufenthalt in waldiger Luft im Binnenlande oder in mässiger Höhe Vorteile. Was von Arteriosclerose oben gesagt wurde, gilt auch von frischer Hirnblutung oder Hirnerweichung, sie contraindicirt das Höhenklima. Zu widerraten sind Luftcuren allein bei melancholischen und depressiven Zuständen, wofern nicht schon entschiedene Besserung eingetreten ist. Nervenleidende, welche sich an die hohe See oder ins Hochgebirge begeben, müssen auch mit den Acclimatisationsbeschwerden (Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Kopfeingenommenheit, Schwindelanfällen, Herzklopfen, Aufgeregtheit) rechnen. An der See vermindert man diese durch anfänglich beschränkten Strandaufenthalt, im Hochgebirge durch Zwischenstationen.

Zur Bergsteigecur eignen sich nach Dr. Keller (Uehlingen, Baden) verschiedene Nervenkranke: 1. Nervenleidende, welche ihren Beruf das Jahr über ausüben, die aber genötigt sind, von Zeit zu Zeit auszuspannen, können neue Erfrischung schöpfen für Körper und Geist. 2. Ferner eignen sich Nervenkranke, die ihrem Berufe bisher mit Lust und Liebe oblagen, die ihn aber nicht mehr ausüben können, weil sie zu rasch dabei ermüden, unangenehme Sensationen empfinden, die Aufmerksamkeit nicht mehr concentriren können. Für solche Patienten eignen sich Märsche, Kletterpartien u. s. w., welche schwierigere geistige Aufgaben zum Zweck haben, z. B. Vermessungen von Höhen, topographische, botanische, geologische, historische Untersuchungen. 3. Nervenkranke, welche keine Beschäftigung kennen, welche sie befriedigen könnte. 4. Leute reihen sich an, welche nicht nur müssig gehen, sondern auch noch durch allerlei Passionen, Spiel, Weiber, Onanie, Alcohol, Tabak etc. ihre Gesundheit untergraben. Für diese Menschen eignet sich das Bergsteigen in hervorragender Weise. 5. Eine weitere Gruppe bilden jene Kranken, welche an wirklichen körperlichen und geistigen Schmerzen leiden. Mancher, dessen Seele durch Schmerz gebeugt ist, wird hier Frieden und Heilung finden.

Hinsichtlich der Bedeutung der Arbeit für die Behandlung der Nervenkranken in Nervenheilanstalten gelangt Dr. Erlenmeyer (Bendorf) zu folgenden Schlüssen: 1. Für diejenigen Nervenkranken im engeren Sinne, bei denen Ermüdungs- oder Erschöpfungszustände (Neurasthenie) das Krankheitsbild beherrschen, kommt die Arbeit als Behandlungsmethode nicht in Betracht, weil sie von diesen Kranken entweder gar nicht oder nur mit einer Steigerung ihrer Krankheitserscheinungen geleistet werden kann. 2. Bei denjenigen Nervenkranken im engeren Sinne, bei denen Erregungszustände (Nervosität) das Krankheitsbild beherrschen, bewährt sich körperlich-mechanische Arbeit als ein vorzügliches und schnell wirkendes Heilmittel. 3. Bei denjenigen Nervenkranken, die Combinationen mit psycho-pathologischen Erscheinungen aufweisen (Verstimmungs- und Angstzustände, autosuggestive Zwangsvorstellungen etc.) ist die Arbeit insoferne von Nutzen, als sie letztere Zugaben zu beseitigen und auf diesem Wege die eigentlichen Nervenerscheinungen zu bessern vermag. 4. Bei einem anderen Teile der Nervenkranken im engeren Sinne, die sehr gut arbeiten können (Hysterie, Epi-

Digitized by Google

lepsie etc.) gewinnt die Arbeit keinen Einfluss auf die eigentliche Nervenkrankheit. 5. Rückenmarks- und Gehirnkranke eignen sich in der Regel nicht für die Arbeitsbehandlung. All das gilt blos für die Betrachtung der Arbeit als therapeutischen Factor; anders liegt die Sache, wenn man die Arbeit nur als Unterhaltungs- oder Zerstreuungsmittel bewertet, wiewohl im einzelnen Falle die Grenzlinie gewiss nicht leicht zu ziehen ist.

Dr. Couture unterscheidet 1. eine primäre Neurasthenie, entstanden in Folge psychischer Einwirkungen oder geistiger Ueberanstrengung, deren pathologische Erscheinungen von allgemeiner Hyperacidität centralen Ursprungs mit alkalischer Phosphaturie und späterer Verarmung an Phosphaten abhängig sind, 2. secundäre Neurasthenien, bei denen der Organismus ebenfalls mehr oder weniger an Phosphor verarmt und zwar in Folge einer Functionsstörung der Leber und des Magens, die in den meisten Fällen auf einer Hypo- und nur manchmal auf einer Hyperacidität beruht. Entsprechend dieser Pathogenese empfiehlt Couture bei Neurasthenikern in erster Reihe die Phosphorsäure. In bestimmten Fällen ist zwar das doppeltkohlensaure Natron in hohen Dosen von sehr guter Wirkung, aber nur wenn es sich um Patienten handelt, deren Urin am Morgen einen Säureüberschuss zeigt. Couture wendet die Phosphorsäure entweder in Tropfenform (25 Tropfen sind ein Gramm wasserfreier Säure) oder in einer Lösung von 65 g auf 1 Liter Wasser an. Von dieser Lösung enthalten 8 Kaffeelöffel 1 g wasserfreier Säure. Man kann sie mit jedem Getränk, abgesehen von Milch vermischen. Die mittlere Tagesdosis dieser Lösung beträgt 3—12 Kaffeelöffel = 1,5 g wasserfreier Säure. Doch kann man bedeutend höher gehen bis zu Mengen, die einer täglichen Dosis von 4—5 g wasserfreier Säure entsprechen. Joulie hat selbst 9—10 g täglich ohne den geringsten Schaden nehmen lassen. Manche Kranke vertragen die Phosphorsäure nicht. In diesen Fällen kann man weniger saure, dafür aber auch weniger energisch wirkende Präparate verordnen z. B.

| | |
|---|---|
| Rp. Acid. phosphorici | 17,0 |
| Natrii phosphorici | 34,0 |
| Aquae destillatae | 250,0 |

M.D.S. 3—12 Kaffeelöffel täglich in Zuckerwasser.

Ebenso kann man auch das saure Kalkphosphat in Lösung in Tagesdosen von 2—10 g nehmen lassen, oder subcutane Injectionen von 5%igem Natronphosphat oder Phosphoröl (1—4 mg Phosphor täglich) machen, die gleichfalls die Acidität des Urins vermehren.

Dr. Sihle (Odessa) spricht die Vermutung aus, dass die Migräne, Epilepsie ohne Krämpfe oder die Epilepsie ein weiteres Stadium der Migräne sei.

Prof. Gilles de la Tourette behandelt die schwere Migräne ganz wie die Epilepsie. Die Menière'schen Zufälle werden mit Chinin behandelt. Die genügende Dose ist erreicht, wenn deutliche subjective Geräusche auftreten, bezw. die vorhandenen gesteigert werden und Schwindel. Man beginnt mit 0,25 Chinin sulphur. drei- bis viermal täglich, gibt am nächsten Tage 0,25 mehr; durchschnittlich bilden 1,25—2,25 die genügende Dosis. Nehmen die Ohrgeräusche zu, so wird die Dosis festgehalten und bald nehmen die Beschwerden ab. Nach 10—12 Tagen vermindert man die Gabe, jeden Tag 0,25 weniger. Bei Trigeminusneuralgie ist Opiumextract das Medicament. Die genügende Dosis ist die, bei der die Schmerzen nachlassen. Der Verfasser beginnt mit drei Pillen zu 0,02 Extr. Opii und steigt täglich um eine Pille. Leider treten oft Zeichen der Vergiftung ein. Das erste pflegt eine Myosis zu sein und an sie muss man sich halten, um ernstere Störungen zu vermeiden. Für den Heileffect jedoch kommt nur der Nachlass der Schmerzen in Betracht. Zuweilen kommt man mit 10—15 cg täglich aus, in den meisten Fällen sind 30 bis 40 cg nötig, selten 50—60. Die Höhe wird gewöhnlich in 15—20 Tagen erreicht und man bleibt etwa 14 Tage auf ihr. Hält sie die Besserung, so geht man dann abwärts. Freilich ist immer grosse Sorgfalt nötig, um die Nebenwirkungen erträglich zu machen, Sorge für den Darm, leichte Kost, Aufenthalt im warmen Zimmer und dgl.



Digitized by Google

Dr. Whitehead (Manchester) empfiehlt zur Behandlung der Migräne ein Mittel, das ihn in einer 25jährigen Praxis kaum je im Stich gelassen hat. Es ist dies die Einführung eines Haarseiles durch die Rückseite des Halses; auch die schlimmsten Fälle von Migräne sollen dadurch besser oder geheilt werden. In Lachgasnarkose durchsticht man mit einem scharfen Messer eine Hautfalte an der Rückseite des Halses, führt entlang dem Messer eine Oehrsonde durch die Wunde und zieht ein langes Stück gewöhnlichen weissen Bandes durch und knotet die Ende desselben. Das Seton wird täglich bewegt und muss mindestens drei Monate lang getragen werden; unter Umständen ist es nötig, noch ein zweites einzulegen.

Im Anschlusse an einen beobachteten und mitgeteilten Fall von Menière'schem Symptomencomplex empfiehlt Dr. Donáth (Budapest) bei dieser Krankheit den galvanischen Strom, quer durch den Schädel und besonders die Processus mastoidei geleitet, zu versuchen, bevor man etwa grosse Chiningaben behufs Erzielung völliger Taubheit anwendet, oder eingreifende Operationen vornimmt.

Zur Behandlung des nervösen Hustens empfiehlt Dr. Funke (Prag) eine auf Uebungstherapie beruhende Methodik, welche die Aufgabe verfolgt, sowohl bei nervösem Reflexhusten wie bei centralem Husten durch den Einfluss des Willens in Form von systematischer Atmungsgymnastik die reflexhemmenden Bahnen in's Uebergewicht zu bringen. Bei den Atmungsübungen wird zugleich die bei nervösem Husten oft pathognomonische krampfhafte Art des Atmungstypus günstig beeinflusst. Die Atmungsübungen haben im Anfange rhythmisch, später arhythmisch stets unter Commando des Arztes zu erfolgen. Unterstützt werden dieselben durch mit dem Atmen synchrones Oeffnen und Schliessen des Mundes mit oder ohne gleichzeitigem Hervorstrecken der Zunge. Bei krampfhafter Mitbeteiligung der Hals- und Schultermuskulatur an den Anfällen des Hustens empfiehlt Verfasser analog dem Naegeli'schen Handgriff den Unterkiefer rasch und kräftig nach vorne zu ziehen.

Prof. Babes (Bukarest) hat in den Pinselungen der Nasenschleimhaut mit 5—10%iger Cocaïnlösung ein souveränes Mittel gegen die verschiedenen neuralgischen Schmerzen der Kopfregion, wie Trigeminusneuralgie, Hemicranie, ophthalmische Migräne, Cephalalgie etc. gefunden. Bei unilateralen Schmerzen wird nur die Nasenschleimhaut der betreffenden Seite gepinselt. Diese Pinselungen werden sowohl auf den respiratorischen, als auch auf den olfactorischen Teil ausgeführt und namentlich die hinteren Partien der Nasengänge gründlich eingepinselt. Hier kann auch ein mit Cocaïn getränkter Tampon liegen gelassen werden. Verfasser erklärt die Wirkung dieser Pinselungen durch Beeinflussung der Enden des Sympathicus, wodurch auf reflectorischem Wege eine Irradiation auf die sensiblen Aeste des Trigeminus ausgeübt wird.

Nachdem Dr. Kurt (Wien) die Erfahrung machte, dass man durch Reizung der Bindehaut des Auges oder durch Reizung der Nasenschleimhaut auf clonisch-tonische Krämpfe der Stimmritzenmuskulatur eine hemmende Wirkung ausüben kann, wandte Autor die auf diesem Wege erzielte Trigeminusreizung mit Nutzen bei verschiedenen Neurosen zumeist spastischer Natur an, so bei Blepharospasmus, Tic convulsif, Spasmen der Kehlkopfmuskeln auf hysterischer Grundlage, Hustenkrampf (nervösem Husten), Hyperemesis gravidarum etc. Als Reizmittel wurde ein Pulvergemenge von Chinin und Zucker, eine 1—2%ige Mentholsalbe oder auch wohl das Rhizom von Veratrum album in gepulvertem Zustande angewandt. Kindern wurde folgendes Nasenpulver verordnet:

Rp. Rhizom. veratr. alb. pulv. 0,1,
Talc. venet. 5,0.
Pulv. ireos florent. 5,0.

Erwachsenen dasselbe in fünffacher Stärke. Der Stimmritzenkrampf wurde durch diese Therapie in sehr günstigem Sinne beeinflusst. Spasmus nutans kam sehr rasch zur Abheilung, ebenso wie hartnäckige Formen von Blepharospasmus. Hier wurden Wattepfröpfe mit folgender Salbe ab-

Digitized by Google

wechselnd in je eine Nasenöffnung gebracht und möglichst Stunden lang dort belassen:

Rp. Hydrarg. præcip. flav. 0,3,
Vaselin. 15,0.

Der Erfolg dieser Behandlung war in einzelnen Fällen ein eclatanter.

Dr. Lafond-Grellety hat angeblich 10 Fälle von Ischias und Lumbago geheilt mittels energischer Einreibungen der schmerzhaften Gegenden mit einer Mischung von Chloralhydrat und feinem Oel ää. Die Morgens und Abends während zehn Minuten ausgeführten Einreibungen verursachen Hautrötung und stark brennende Schmerzen, die jedoch bald aufhören. Ehe das Chloralhydrat dem Oele zugesetzt wird, muss es in ein wenig Wasser aufgelöst werden. Nach Masse ist es zweckmässig, sich des Kalkwassers als Lösungsmittel für das Chloral zu bedienen und ein Liniment aus Oel und Kalkwasser 60 g mit Chloralhydrat 30 g zu verschreiben.

Auf der deutschen Naturforscherversammlung sprach sich Prof. Bardenheuer (Köln) dahin aus, dass als Ursache für die Entstehung der Ischias die traumatische directe und indirecte Verletzung, Contusion, Zerrung des Plexus ischiadicus und zwar in dem Verlaufe der sacralen Wurzel anzusehen sei. Er empfiehlt daher Blosslegung und Ausmeisselung der sacralen Wurzeln des Plexus ischiadicus aus dem knöchernen Canale. Bardenheuer erklärt durch vier Beispiele, in welcher Weise der traumatische Reiz entstanden ist. In allen vier Fällen bestand bei der Operation eine Anschwellung des Nerven, Rötung und Verdickung des Periostes und der Nervenscheide, während in einem fünften Falle, wo wegen einfacher nicht traumatischer Ischias operirt wurde, ohne dass eine traumatische Ursache aufzufinden war, die Nervenscheide in der Nates selbst glänzend weiss war und die Schwellung des Nerven fehlte. Der Erfolg war in allen vier Fällen ein guter, zwei sind schon 3 resp. $2^1/_2$ Jahre operirt, der ischialische Schmerz hat sich nicht mehr eingestellt, die Patienten sind dauernd arbeitsfähig geblieben, während sie vorher im Begriffe standen, ihren Dienst aufzugeben. Bardenheuer glaubt daher die Blosslegung der Nerven, die partielle Resection der Synchondrosis empfehlen zu müssen in den Fällen von Ischias mit traumatischer Ursache, insofern jede andere Behandlung im Stich lässt.

Prof. Lexer (Berlin) besprach die Behandlung der Trigeminusneuralgie mittels Entfernung des Ganglion Gasseri, die er in zwölf Fällen ausführte. Lexer erwähnt eine Anzahl von schlimmen Folgen der Operation, Nervenlähmungen, Keratitis etc., welche er zum Teil auf den starken Druck mit dem Hirnspatel bezieht, mit dem man das Hirn nach aufwärts schiebt. Deshalb hat Lexer sich bemüht, mehr von unten an das Ganglion heranzukommen; er nimmt den Knochen der Schädelbasis fort bis ans Foramen ovale und zwar nimmt er den Knochen ganz, nicht temporär weg, was er durch Anlegung eines sehr kleinen Knochenlappens ermöglicht. Von hier gelingt die Herausnahme des Ganglion ohne Druck auf das Gehirn, auch kann man die Arteria meningea ausserhalb der Schädelhöhle unterbinden.

Dr. Aporti liess einigen Hysterischen Pillen von Methylenblau verabreichen, die, sobald der Urin blau zu werden begann, einen Nachlass der krankhaften Erscheinungen zur Folge hatten. Das Mittel soll suggestiv, beruhigend und auf den Darmtractus antiseptisch wirken, wodurch die oft durch Autointoxication entstandenen Anfälle verschwinden würden.

Dr. Müller (Berlin) hat in drei Fällen von Myelasthenie, d. h. in Fällen von traumatischer Neurose, in denen vorwiegend Rückenmarkssymptome in die Erscheinung treten, das Gipscorsett angewandt und in allen drei Fällen die Beschwerden schwinden sehen.

Ueber Luftcuren für Nervöse und Nervenkranke von Dr. Löwenfeld (Deutsche Praxis. — Prager med. Wochenschr. Nr. 47) — Bergsteigecuren für Nervenkranke von Dr. Keller (Ther. Monatsheft 10. und 11. Heft). — Ueber die Bedeutung der Arbeit bei der Behandlung der Nervenkranken in Nervenheilanstalten von Dr. Erlenmeyer (Berl. klin. Wochenschr. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15). — Behandlung der Neurasthenie von Dr. Couture (Presse méd. — Ther. Monatsh. 5. Heft).

Digitized by Google

— Zur Pathologie und Theorie der Migräne von Dr. Sihle (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 13). — Ueber die Behandlung einiger Nervenkrankheiten von Prof. Gilles de la Tourette (Sem. méd. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Zur Behandlung der Migräne von Dr. Whitehead (Brit. med. Journ. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 15). — Menière'scher Symptomencomplex, geheilt mittels galvanischen Stromes von Dr. Donáth (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 47). — Zur Behandlung des nervösen Hustens mittels bahnender und hemmender Uebungstherapie von Dr. Funke (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 44). — Die Behandlung der neuralgischen Schmerzen der cephalischen Region durch Pinselungen der Nasenschleimhaut mit Cocaïn von Prof. Babes (Spitalul. — Münchener med. Wochenschr. 44). — Zur nasalen Therapie von Neurosen von Dr. Kürt (Wiener klin. Rundschau. — Medico Nr. 38). — Chloralliniment gegen Ischias und Lumbago von Dr. Lafond-Grellety (Sem. méd. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft). — Prof. Bardenheuer über operative Behandlung der traumatischen Ischias auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Med. Woche Nr. 40). — Prof. Lexer über Trigeminusneuralgie ebendaselbst (Ther. d. Gegenw. 10. Heft). — Ueber Methylenblau bei Nervenkrankheiten von Dr. Aporti (Rif. med. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 55). — Zur Behandlung der traumatischen Myelasthenie von Dr. Müller (Allg. med. Central-Zeitung. — Medico Nr. 52).

**Nierenchirurgie.** Die functionelle Diagnostik bei chirurgischen Nierenerkrankungen soll nach Dr. Casper und Dr. Richter die anatomisehe Diagnostik dahin vervollständigen, dass sie Aufschluss darüber gibt, wie die Leistungsfähigkeit jeder einzelnen Niere beschaffen ist, ob nach Entfernung der einen die andere den gesteigerten Anforderungen gewachsen ist. In erster Linie taucht dabei die Frage auf, ob überhaupt eine zweite Niere vorhanden ist. Ist diese Frage im positiven Sinne beantwortet, so handelt es sich nicht darum, ob bei festgestellter Erkrankung der einen Niere die andere im anatomischem Sinne gesund ist, sondern im Wesentlichen darum, ob sie functionsfähig genug ist. Keine der bisher geübten Methoden, die Inspection, die Percussion, Palpation, die Actinographie nach Röntgen, die Abtastung der zweiten Niere nach einem chirurgischen Eingriffe, noch auch die Cystoskopie allein können eine sichere Aufklärung über die Sufficienz einer Niere geben. Dies ist nur dadurch möglich, dass der gesondert von jeder Niere aufgefangene Harn nach den, die Functionsfähigkeit des Organes klarlegenden Methoden untersucht wird. Das separate Auffangen des Secretes jeder Niere hat gleichzeitig zu geschehen. Zu diesem Behufe kann man entweder nur einen Ureter sondiren, den Harn der anderen Niere aus der Blase auffangen oder auch beide Harnleiter sondiren, wozu man sich mit Vorteil des von Casper zu diesem Zwecke construirten Cystoskopes mit zwei Canälen bedienen kann. Die Sufficienz der gesammten Nierenthätigkeit ist nach den Auseinandersetzungen der Verfasser überhaupt nicht festzustellen durch die Untersuchung des Nierensecretes, gleichgiltig, nach welcher der folgenden Methoden: 1. Durch die Bestimmung der in 24 Stunden ausgeschiedenen Stickstoffmenge; denn selbst wenn dieselbe mit einem exacten Stoffwechselversuch ausgeführt wird, kann aus einer Stickstoffretention nicht auf eine geringere Leistungsfähigkeit der Nieren geschlossen werden. 2. Durch die Bestimmung der Chlorausscheidung. 3. Auch nicht durch die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes. Der Gefrierpunkt des normalen Harnes liegt nach v. Korányi 1,3—2,3° C. unter 0°, dem Gefrierpunkt des destillirten Wassers. Je ärmer der Harn an Molekülen ist, desto mehr nähert sich sein Gefrierpunkt dem des destillirten Wassers, desto geringer ist seine Gefrierpunktserniedrigung. Aus einer Gefrierpunktserniedrigung des Harnes unter 1° C., d. h. aus dem Umstande, dass der Gefrierpunkt desselben zwischen 0° und 1° C. liegt, kann deshalb nicht auf eine unzureichende Nierenarbeit geschlossen werden, weil dieselbe auch durch reichliche Wasseraufnahme, wie durch Anämie bedingt sein kann. 4. Die Methylenblauprobe ist überhaupt nicht ganz verlässlich, weil sich eine verringerte Durchlässigkeit des Farbstoffes nur bei interstitieller Nephritis ergibt, nicht dagegen bei acuter, mehr parenchymatöser Form, wie bei amyloider Nephritis. 5. Auch die Methode der Bestimmung der Nierenfunction durch Hervorrufung eines Phloridzindiabetes ist nicht im Stande, die Sufficienz der gesammten Nierenleistung zu messen. 6. Das Gleiche gilt von der Bestimmung der Toxicität des Urins.

Digitized by Google

Dagegen ist es möglich, die Sufficienz der gesammten Nierenthätigkeit zu bestimmen durch die von v. Korányi inaugurirte Blutuntersuchung mittels Gefrierpunktsbestimmung. Der Gefrierpunkt des normalen Blutes liegt 0,56—0,58° C. unter dem des destillirten Wassers, das heisst „kryoskopisch" gesprochen: die Gefrierpunktserniedrigung des normalen Blutes beträgt 0,56—0,58° C. Besteht eine Niereninsufficienz, werden durch die Nieren weniger Moleküle ausgeschieden, so erscheinen mehr im Blute und sinkt der Gefrierpunkt desselben, id est: es steigt die Gefrierpunktserniedrigung. Einwandfrei ist auch diese Methode nicht. Während die oben angeführten Methoden zur Bestimmung der Sufficienz der gesammten Nierenthätigkeit nicht ausreichen, finden einzelne von ihnen ausgezeichnete Verwendung da, wo es sich um Feststellung der Functionsfähigkeit jeder einzelnen Niere handelt. Mit dem Ureterenkatheterismus combinirt, sind die Phloridzinmethode, wie die Gefrierpunktsbestimmung in der functionellen Nierendiagnostik von entscheidender Bedeutung. Die kranke, in ihrer Function geschädigte Niere zeigt eine Gefrierpunktserniedrigung, die stets zwischen 0—1° C. liegt. In der Zuckerausscheidung zeigt sich ein Zurückbleiben im Procentgehalte bis zum vollständigen Ausfalle der Zuckerbildung auf der kranken Seite.

Prof. A. v. Korányi (Budapest) hält daran fest, dass bei ausreichender Nierenthätigkeit die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes höchstens 0,58° beträgt; er macht ferner darauf aufmerksam, dass es eine mechanische und eine reflectorische Niereninsufficienz gibt, letztere bei vollkommener Gesundheit der anderen Niere. Die abweichenden Resultate anderer Autoren liegen in verschiedenen Fehlerquellen, wie in der Ausserachtlassung des Kohlensäuregehaltes des untersuchten Serums oder Blutes. Aus der Grösse der Gefrierpunktserniedrigung allein darf weder eine Indication noch eine Contraindication für einen operativen Eingriff an einer kranken Niere abgeleitet werden. Bei den Bestimmungen ist es wichtig, nicht weniger als 10—15 ccm Blut zu verwenden, ferner das Blut sehr ausgiebig mit O zu behandeln.

Die Gefrierpunktsbestimmungen, die Dr. Moritz (St. Petersburg) in 18 Fällen von Nierenerkrankungen am Harn gemacht hat, ergaben fast stets eine Herabsetzung des Gefrierpunktes. Zur Entscheidung, ob eine interstitielle oder parenchymatöse Nierenerkrankung vorliegt, reichen die Gefrierpunktsbestimmungen nach Ansicht Moritz' nicht aus. Bei Herzkranken ergaben sich sehr verschiedene Werte für die Gefrierpunktstemperatur, teils normale, teils erniedrigte. Wenn Herzkranke bei gestörter Compensation einen niedrigen Harngefrierpunkt haben, so deutet dies mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Miterkrankung der Nieren. Der Poehl'sche sogenannte osmotische Harncoëfficient, in dem die Menge der festen Harnbestandteile und das specifische Gewicht des Harnes neben dem Gefrierpunkte noch zum Ausdrucke gebracht sind, ist nicht im Stande, uns irgendwelche wichtige Aufschlüsse zu geben, die nicht auch aus der Gefrierziffer des Harnes selbst schon ersichtlich wären. Die klinische Bedeutung des letzteren bei der Indicationsstellung zu operativen Eingriffen an den Nieren hält Moritz aufrecht. Nach seinen Erfahrungen ist die Gefrierpunktsbestimmung vor einer Operation aber nur dann ausschlaggebend, wenn sie ungünstig ausfällt, wenn sie einen zu hohen Wert ergibt. Dann ist sie eine Contraindication gegen die Operation.

Gefrierpunkt-, Harnstoff- und Phloridzinprobe gehören jetzt nach Dr. Kümmell (Hamburg) zur notwendigen Diagnostik. Er bestimmt zunächst den Gefrierpunkt. Wenn dieser normal ist, dann ist es sicher, dass eine Niere functionsfähig ist, und dann wird der Ureterenkatheterismus beider Nieren vorgenommen; denn bei normalem Gefrierpunkt könnte sich eine teilweise Functionsunfähigkeit auf beide Nieren verteilen. Je niedriger aber der Gefrierpunkt ist, um so grössere Zerstörungen sind anzunehmen. Diese Bestimmung schützt vor verhängnissvollen operativen Eingriffen. Diagnosen von Tumor oder Steinniere werden trotz der klinischen Symptome durch sie nicht selten

Digitized by Google

als Erkrankungen mit vollkommener Functionsunfähigkeit diagnosticirt, bei denen man von operativen Eingriffen absehen muss. Es kann aber auch eine Gefrierpunktserniedrigung bei einem operablen Tumor stattfinden. Kümmell berichtet über einen solchen Fall, der sich nach Exstirpation auf einen normalen Gefrierpunkt regenerirt hat. An die sogenannte reflectorische Anurie glaubt er nicht. Er ist der Meinung, dass sie ohne pathologische Veränderungen an der Niere nicht einhergeht.

Dr. Braatz (Königsberg) berichtet über die Veränderungen an der Niere nach Anlegung des Medianschnittes. Er hatte nach früher voraufgegangenem Sectionsschnitt an einer Niere Gelegenheit, dieselbe zu exstirpiren und fand bedeutende Schrumpfungen, obgleich er nicht, wie ihm jetzt vorgehalten würde, die Nähte zu fest angelegt hatte. Von seinen 12 Nierenexstirpationen hat er dreimal Nebenstrumen der Niere gesehen, von denen zwei an zahlreichen Metastasen, die als melanotische Sarkome imponirten, in 1—2 Jahren zu Grunde gegangen sind. Er warnt daher vor der Exstirpation der Struma renalis.

Im Gegensatze zu Prof. Korteweg, der das Spalten der Nierenkapsel und eventuell auch des Nierengewebes bei Nephritis öfters angewendet wissen will, ist Prof. Pel (Amsterdam) der Ansicht, dass dieser Eingriff nur in denjenigen Fällen von acuter oder acut-exacerbirender Nephritis gerechtfertigt sein kann, bei denen wegen der Herabsetzung der Diurese Lebensgefahr für den Kranken besteht und die interne Heilkunst nicht mehr die Macht hat, die Diurese zu steigern und die drohenden Gefahren abzuwenden, um so mehr, da einzelne Erfahrungen dafür zu sprechen scheinen, dass bereits eine einseitige Nephrotomie durch die Entspannung und die hierauf folgende stärkere Diurese auch günstig auf die Function der anderen Niere wirken kann. Doch werden diese Fälle nach der Natur der Sache sehr selten sein. Im Allgemeinen kommt ja die acute Nephritis wenigstens bei Erwachsenen nicht häufig vor. Die viel häufiger vorkommende, nicht complicirte chronische Nephritis wird vermutlich wohl das ausschliessliche Terrain des Internisten bleiben.

Auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin sprach Prof. Küster (Marburg) über den heutigen Stand der Nierenchirurgie. Gegenüber dem früheren radicalen Vorgehen und den deshalb ungünstigen Heilungsaussichten ist von besonderer Wichtigkeit die Erkenntniss, dass das Nierengewebe möglichst zu schonen und zu erhalten ist. Dadurch haben auch die Anschauungen über die Behandlung der Nierentuberculose und der Steinniere wesentliche Aenderungen erfahren, sogar bei gewissen Nierengeschwülsten genügt in einzelnen Fällen die Herausnahme der erkrankten Partien aus der Niere.

Nach einem 35 Fälle umfassenden Material aus der Klinik von Prof. Czerny in Heidelberg bespricht Dr. Simon die Nierentuberculose und ihre chirurgische Behandlung. Autor unterscheidet drei Formen: die käsig-cavernöse Form, die primär-tuberculöse Ulceration der Papillen und die Form, bei der zahlreiche miliare Knoten die ganze Niere durchsetzen. Abgesehen von miliarer Tuberculose ist die Therapie eine chirurgische, zur Unterstützung ist jedoch interne Behandlung von grossem Wert; im Allgemeinen ist der quere oder schräge Lumbalschnitt und die extraperitoneale Methode zu wählen und die bei Tuberculose geübte Incision immer mit Ableitung des Eiters und Urins zu verbinden. 22mal wurde Nephrostomie (mit einer operativen Mortalität = 0), 15mal wurde die secundäre Nephrektomie ausgeführt, 11mal die primäre (43,7% Heilungen); starke Kachexie bei vorgeschrittener Allgemeinerkrankung gilt als Gegenindication. Die primäre Nephrostomie verdient oft den Vorzug, da die Diagnose nicht immer mit Bestimmtheit sich stellen lässt und man sich nicht immer von der Existenz und Functionsfähigkeit der anderen Niere überzeugen kann.

Dr. Hutchinson jun. (London) betont die grosse Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose von Nierensteinen. Es gelingt heute in etwa 15 Secunden eine genaue Aufnahme

Digitized by Google

zu machen, auf welcher die Zahl und vor Allem die Lage der Steine festgestellt werden kann; zugleich kann man etwa vorhandene Steine in der anderen scheinbar gesunden Niere feststellen. Die vor der Operation mögliche Orientirung erlaubt uns, die Niere während der Operation ziemlich in Ruhe zu lassen und sofort auf den Sitz des Steines einzugehen. Mit Vorliebe eröffnet Hutchinson das Nierenbecken, da dies in den meisten Fällen der directeste und schonendste Weg zur Entfernung der Steine ist; selbst wenn nur kleine Steine durch das Röntgenbild nachgewiesen werden, soll man die Operation vornehmen, da das Vorhandensein eines neuen Nierensteins eine Gefahr für den Träger bedeutet.

Neun beobachtete Fälle von calculöser Anurie führen Dr. Kraft (Strassburg) zu folgenden Conclusionen: 1. Es können sich in den Nieren selbst grössere Steine finden, ohne je klinische Symptome hervorzurufen. 2. Steine können in beiden Harnleitern eingeklemmt werden, ohne andere Symptome als die der Anurie. 3. Eine Narkose genügt, um die Uretermuskulatur, welche sich um den eingeklemmten Stein spastisch contrahirt, schlaff zu machen und 4. der Stein mag als Folge davon wieder zum Nierenbecken zurückgehen, wodurch der Harn plötzlich freien Abfluss bekommen kann. 5. Ein Stein mag im obersten Teil des Harnleiters eingeklemmt sein, ohne Reflexanurie zu erzeugen. Man müsse somit annehmen, dass alle diejenigen Fälle, bei welchen Reflexanurie diagnosticirt wurde und die Patienten mit oder ohne Operation weiter lebten, überaus zweifelhaft seien. Eine tödtlich endende Reflexanurie kann nicht vollständig geleugnet werden, da drei solche Fälle sich in der Litteratur vorfinden; in allen anderen vielen Hunderten Fällen von Anuria calculosa muss festgehalten werden, dass entweder doppelseitige Einklemmung oder auch Mangel der anderen Niere vorhanden war. Was die Behandlung betrifft, so soll in allen Fällen die Nephrotomie möglichst schnell vorgenommen werden.

Dr. Kümmell (Hamburg) berichtet über 152 operativ behandelte Nierenerkrankungen. Darunter befanden sich 12 Hydronephrosen, die alle geheilt wurden; Ursache waren 8 mal Wandernieren, zweimal Strictur des Ureters (gonorrhoisch!), ferner Dislocation der Niere in Folge hochgradiger Skoliose, Verlagerung des Ureters. Von 31 Pyonephrosen wurden 27 geheilt. Die Todesfälle betrafen: a) doppelseitige Pyonephrose, Exstirpation der einen Seite, Exitus. b) 29jährige Frau wird mit peritonitischen Erscheinungen und einem kindskopfgrossen Tumor der linken Seite, hochgradig collabirt, aufgenommen; es wird Achsendrehung eines Ovarialtumors angenommen; Laparatomie; Exstirpation des Niereneitersacks; Tod nach 6 Stunden. c) Perforation in Pleura und Lunge. d) Verletzung der Vena cava während der Operation; Unterbindung; Tod nach 6 Tagen an Erschöpfung. 29 Nierensteinoperationen. Wert der Röntgendiagnose. 2 Todesfälle: an Sepsis und Combination mit Darmfistel. Die Anurie braucht nicht immer durch doppelseitige calculöse Verlegung des Ureters bedingt zu sein, sondern kommt auch nach anderen Eingriffen an der einen Niere zur Beobachtung, ohne dass man gezwungen ist, eine „reflectorische" Anurie anzunehmen. Von 21 Fällen von Nierentuberculose sind 19 geheilt: ein Todesfall an Lungenembolie, ein anderer an Peritonitis durch Verletzung des Bauchfells. Bei zwei Fällen wurde nur eine Spaltung der Niere vorgenommen, der eine lebt noch, der andere ist bei der Doppelseitigkeit der Erkrankung an Lungenphthise nach Wochen erlegen. Nierentuberculose führt oft zu tuberculöser Cystitis. Die chronische Cystitis der Frau, die nicht auf Gonorrhoe oder Infection beim Katheterismus beruht, ist meist tuberculöser Natur. 8 mal hat Kümmell durch Tuberculose bedingte paranephritische Abscesse gespalten. Schliesslich berichtet Kümmell über 12 Fälle von Tumoren.

Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie von Dr. Casper und Dr. Richter. Wien 1901. Urban & Schwarzenberg (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 16). — Bemerkungen zur diagnostischen Verwertung des Blutgefrierpunktes von Prof. v. Korányi (Berliner klin. Wochenschr. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 18). — Ueber den klinischen Wert der Gefrierpunktsbestimmungen von Dr.

Digitized by Google

Moritz (Petersburger med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Dr. Kümmell über praktische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16). — Dr. Braatz über Nierenchirurgie ebendaselbst (Ebendaselbst). — Prof. Korteweg und Prof. Pel über die chirurgische Behandlung der Nephritis auf dem Natur und Heilkundige-Congress zu Rotterdam (Deutsche Praxis Nr. 11 und Mitteil. aus d. Grenzgeb. 8. Bd. 4. u. 5. Heft). — Prof. Küster über den heutigen Stand der Nierenchirurgie auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Med. Neuigk. Nr. 8). — Die Nierentuberculose und ihre chirurgische Behandlung von Dr. Simon (Beitr. z. klin. Chir. — Münchener med. Wochenschrift Nr. 26). — Dr. Hutchinson über operative Behandlung der Nierensteine in der British Medical Association in Cheltenham (Münchener med. Wochenschrift Nr. 38). — Ueber Anurie von Dr. Kraft (Hosp. tid. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft). — Dr. Kümmell über Diagnose und Therapie der Nierenerkrankungen im ärztlichen Verein zu Hamburg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 51).

**Nierenkrankheiten.** Dr. Strauss (Berlin) hat eine grosse Zahl von Blutsera und Transsudaten mit den verschiedensten Methoden auf ihren Gehalt an Retentionsstickstoff d. h. den Stickstoff, der übrig bleibt, wenn man sie enteiweisst auf Ammoniak, Harnsäure, Salze, auf moleculäre Concentration und Serotoxicität untersucht und fand Folgendes: Der Retentionsstickstoff ist höher bei chronischer, interstitieller, als bei parenchymatöser Nephritis; Ammoniak ist einseitig vermehrt bei der Urämie, dabei ist die moleculare Concentration erhöht, der Salzgehalt schwankt in geringen Breiten; die Serotoxicität findet sich häufiger bei der chronischen, interstitiellen Nephritis als bei der parenchymatösen. Die Nutzanwendung für die Praxis ergibt sich aus der Betrachtung der Compensation, die der Organismus in dem Blut und den Geweben hervorbringt. Bei der interstitiellen Nephritis wird eine Entfernung der Retenta aus dem Blut durch Herzhypertrophie erstrebt, bei der chronisch parenchymatösen durch Verdünnung der Säfte in den Geweben. Die Aufgabe der Therapie besteht bei letzterer in Herzschonung und Wasserzufuhr. Nach v. Noorden soll bei Nephritikern die Wasserzufuhr eingeschränkt werden, wenn Herzmuskelinsufficienz droht: man soll jedoch nach Strauss in der Reduction des Wassers nicht zu weit gehen, weil es hier einen compensatorischen Zweck erfüllt. Das schlimmste Schreckgespenst, das im Verlauf der chronischen Nephritis auftritt, ist die Urämie, sie ist durch die Gegenwart stickstoffhaltiger Molecüle in übermässiger Zahl bedingt, welche Eiweissüberreste darstellen, ohne dass man einen bestimmten Stoff angeben kann. Die Eiweisszufuhr kann demgemäss bei Nephritikern herabgesetzt werden, doch ist immer die etwa erforderliche Kräftigung des Herzens im Auge zu behalten, die nur durch Ueber-, nicht aber durch Unterernährung zu erreichen ist. Ob Schwitzcuren einen Wert haben, darüber sind die Ansichten der Autoren geteilt. Die Praxis hat gezeigt, dass das Schwitzen bei Urämie wohl angebracht ist. Was die Ableitung auf den Darm betrifft, so ist zu beachten, dass der Dickdarm gewissermaassen als vicariirende Niere betrachtet werden kann. Die mechanische Entfernung hydropischer Ergüsse sollte häufiger und früher vorgenommen werden, als es im Allgemeinen geschieht, aber natürlich nur da, wo ascendirendes Oedem oder Hydrothorax vorhanden ist. Die von Ewald angegebene Massendrainage ist ebenfalls empfehlenswert zum Zwecke der Entgiftung des Blutes. Der Aderlass hat seinen wohl begründeten Platz, besonders bei chronischer Nephritis und Urämie. Er sollte nicht nur bei der manifesten Urämie Anwendung finden, sondern als Prophylacticum auch schon bei den toxischen Erscheinungen, die als Vorläufer der Urämie angesehen werden können.

Dr. Strubell hat bei Hunden Urämie durch Exstirpation der Nieren hervorgerufen und hernach festgestellt, dass die Nahrung einen Einfluss auf den zeitlichen Verlauf der Urämie beim Hunde in dem Sinne ausübt, dass reichlich mit Kohlehydraten gefütterte Tiere länger leben als solche, die mit Eiweiss oder Fett oder ungenügend oder gar nicht genährt wurden. Die Urämie des Hundes scheint in ihrem Wesen von der des Menschen nicht verschieden zu sein, so dass sich für die Therapie der Rat ergibt, bei drohender Urämie, aber auch sonst bei acuter oder chronischer Nephritis eine

Digitized by Google

reine Kohlehydrat- oder wenigstens vegetabilische Kost von Zeit zu Zeit, etwa ein- bis zweimal im Jahre durchzuführen. Die Kost hätte also einer umgekehrten Diabeteskost zu entsprechen.

Dr. Reichel (Wien) ist der Ansicht, dass die gegenwärtige diätetische Behandlung der Nephritis auf einem grossen principiellen Fehler beruht. Man nimmt an, dass die Stoffwechselzwischenprodukte des Eiweissverfalles dem Nephritiker schaden können, da sich unter diesen eine Reihe von Nierengiften befinden, wie die Amidosäuren, das Kreatinin, die Alloxurbasen. Verfasser meint aber, dass wenn auch diesen Substanzen, da sie experimentell als Nierengifte nachgewiesen wurden, die Anerkennung als solchen nicht versagt werden kann, jedoch der empirische Nachweis fehle, dass sie einem Nephritiker wirklich schaden. Im Gegenteil, es wäre ja auch denkbar, dass ein Nierengift bei einer Nephritis günstig einwirke; jedenfalls sei das Fleich mit Rücksicht auf seinen Keratingehalt und die Nucleine noch nicht als Schädlichkeit für den Nephritiker anzusehen, bis das nicht empirisch festgestellt wird. Es habe aber sich noch Niemand bei der Beobachtung eines Nephritikers wirklich davon überzeugt, dass demselben Fleisch auch in grösseren Quantitäten schädlich sei oder dass er auf weisses, schwarzes Fleisch oder Wild verschieden reagire; im Gegenteil, wenn man Erfahrungen bei Nephritikern leichten Grades zu machen Gelegenheit hat, d. h. bei Leuten, bei denen durch irgend einen Zufall Eiweiss im Harn gefunden wird, die auch das Sediment einer Nephritis haben, sich aber wohl befinden und in ambulanter Behandlung stehen, so wird sich jeder Vorurteilsfreie überzeugen, dass es für den Kranken vollständig gleichgiltig ist, ob er Milch trinkt oder schwarzes Fleisch isst. Diese leichten Fälle, an denen allein man Erfahrungen sammeln kann (bei schweren Fällen fehlt der Maassstab bei der Beurteilung der Besserung oder Verschlechterung der Erkrankung), werden von manchen Autoren als Albuminurie, von anderen als partielle Nephritis, von wiederum anderen als postnephritische Nierenreizung bezeichnet, am richtigsten aber als Nephritis aufgefasst. Die Kostbeschränkung sei nach Verfasser vom praktischen Standpunkte aus also durchaus nicht gerechtfertigt, für viele Kranke aber eine höchst peinliche und oft für den Kräftezustand keine indifferente. Die Ansicht des Verfassers geht dementsprechend dahin, dass ein Nephritiker gut genährt werden soll und essen soll, was er gut verträgt, d. h. was dem betreffenden Kranken je nach der Schwere seiner Erkrankung angemessen ist. Auch gegen die allgemein üblichen Schwitzbäder wendet sich Reichel. Diese verdanken ihren Ursprung der Annahme, es könne auf diese Weise einerseits der Körper von Stoffwechselschlacken befreit, andererseits die Niere entlastet werden. Reichel hat aber nie einen wirklichen Erfolg von dieser Therapie gesehen.

Dr. Walko hat an der Klinik von Prof. v. Jakoch (Prag) den Aderlass bei den verschiedenartigsten Erkrankungen der Nieren in Anwendung gezogen und bezüglich seines therapeutischen Wertes folgende Beobachtungen gemacht: In der Mehrzahl der Fälle war der eclatante Rückgang der urämischen Erscheinungen nach dem Aderlass auffallend. Es stellte sich eine reichliche Diurese eines sedimentirenden, bluthaltigen Harnes ein, in manchen Fällen auch reichliche Schweisssecretion und Abnahme des Eiweissgehaltes des Darmes eintrat. Diese günstigen Erfolge waren jedoch fast nur bei Urämie, bei acuter Nephritis mit acuten Nachschüben leichter subcutaner Formen zu verzeichnen, während der Aderlass bei Urämie bei schwerer chronischer Nephritis wirkungslos blieb und nur vorübergehende Besserung brachte. Unterstützt wird die Wirkung des Aderlasses bei Urämie auf Grund acuter Nephritis noch sehr durch Kochsalzinfusionen, welche die Diurese steigern und die Diffussionsvorgänge in den Geweben erleichtern.

In vier schweren Fällen von Nephritis erreichte Dr. Neustab günstige Resultate durch Darreichung von Methylenblau. Die Wirkung desselben vermutet er in der chemischen Verbindung, welche derselbe mit den zelligen Elementen der Niere oder mit den Toxinen,

Digitized by Google

die durch die krankheitserregenden Microben gebildet werden, eingeht.

Dr. Sternberg (Wien) macht auf die gastro-intestinalen Erscheinungen bei Nephrolithiasis aufmerksam, wie Ekelgefühl, Erbrechen, Stuhlverstopfung, Meteorismus u. s. w. Störungen im Gebiete des Verdauungscanales sind ja fast regelmässig mit der Nephrolithiasis verbunden, sowohl mit den mehr chronischen Erscheinungen des Leidens, als auch mit den acuten Anfällen der eigentlichen Nierenkolik. Bei manchen Kranken betreffen aber die hervorstechenden Symptome und die Klagen der Patienten so ausschliesslich Magen und Darm, dass man einer eigenartigen Form des Leidens gegenübersteht, die man als „gastro-intestinale Form" der Nierenkolik bezeichnen kann. Freilich lässt sie bei genauerer Analyse der Erscheinungen Uebergänge zu den bekannten Typen erkennen. Solche atypische Fälle sind nach der Erfahrung des Verfassers nicht ganz selten, sie werden in der Regel längere Zeit hindurch verkannt. Da die Beschwerden der Kranken und die objectiven Erscheinungen nicht gebieterisch auf ein Leiden der Harnwege hinweisen, fallen sie in der Regel dem Internisten zu. Verfasser ist so zu einer grösseren Zahl eigener Beobachtungen gekommen. Bei der diagnostischen Erwägung solcher atypischen Fälle hat man zu beachten, dass bei der Nierenkolik eine Druckempfindlichkeit des Ureters am Mac Burney'schen Appendixpunkte auftreten kann, sowie dass in manchen Fällen des Leidens Veränderungen des Harnes sehr lange vollständig fehlen können. Ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel kann die Besänftigung des Schmerzes durch steiles Erheben des unteren Rumpfendes abgeben, was offenbar auf einen beweglichen Stein im Nierenbecken hinweist.

Prof. Klemperer (Berlin) empfiehlt für Oxaluriker eine Diät, die aus Fleisch, Leguminosen und Mehlspeisen besteht. Ausserdem erwähnt er, dass, wenn man täglich 2 g Bittersalz einnimmt, 1—2 dg Magnesia durch den Urin abgehen, eine Thatsache, die sich zuweilen als nützlich erweisen dürfte.

Dr. Strauss über die blutreinigende Function der Nieren in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Allg. med Central-Zeitg. Nr. 102). — Ueber den Einfluss der Nahrung auf den zeitlichen Verlauf der experimentellen Urämie nebst einigen Bemerkungen über die Ernährungstherapie beim Menschen von Dr. Strubell (Wien. klin. Wochenschrift. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 31). — Inwieweit ist die diätetische Behandlung der Nephritis begründet? von Dr. Reichel (Centralbl. f. d. ges. Ther. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 71). — Ueber den therapeutischen Wert und die Wirkungsweise des Aderlasses bei Urämie von Dr. Walko (Zeitschr. f. Heilk. — Medico Nr. 41). — Die Behandlung der acuten parenchymatosen Nephritis mit Methylenblau von Dr. Neustab (Eshen. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 6 u. 7). — Beiträge zur Klinik der Nierensteine, insbesondere ihrer gastro-intestinalen Erscheinungen von Dr. Sternberg (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 16). — Prof. Klemperer über Entstehung und Verhütung der oxalsauren Nierensteine in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 99).

**Noma.** Zur Behandlung des Wangenkrebses empfiehlt Dr. Schweizer (Moskau) eine Methode, die darin besteht, dass man nach Entfernung des Gangränösen die ganze nomatöse Oberfläche mit dem scharfen Löffel ausschabt, mit Borsäure oder Kalium permanganicum durchspült, die Wunde mit Jodoform einreibt und schliesslich einen trockenen Verband applicirt. Gelingt es nicht, beim ersten Male alles Gangränöse zu entfernen, so wird die Wunde nach Einreibung mit Jodoform mit Wattebäuschchen, die mit 0,1 Kalium permanganicum-Lösung getränkt sind, bedeckt und am nächsten Tage die Ausschabung wiederholt. Das letztere muss in denjenigen Fällen, in denen die Gangrän weiter schreitet, mehrmals wiederholt werden. In die Wunde wird täglich ein- bis zweimal Jodoform gerieben und sorgfältig öfters mit einer Lösung von Kalium permanganicum durchspült, bis sie sich mit gesunden Granulationen bedeckt. Gleichzeitig wird man besondere Aufmerksamkeit der Ernährung der Kranken und der Desinfection der Luft schenken. Man muss die Kinder mit allen möglichen Mitteln zum Essen veranlassen.

Behandlung des Wangenkrebses von Dr. Schweizer (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 45–46).

Digitized by Google

# O.

**Ohrenkrankheiten.** Von der Ansicht ausgehend, dass das abgesonderte Secret der Nase beim Husten, Niesen, Schneuzen in das Mittelohr gelangt und dort zur Otitis media suppurativa führt, sucht Dr. Weiss zu prophylaktischon Zwecken bei Masernotitis das Verlegtsein der Nase zu beseitigen. Um dies zu bewerkstelligen, führt Autor ein an einem Ende mit Watte umwickeltes stricknadelähnliches Holzstäbchen, mit einem circa erbsengrossen Stücke einer 1%igen gelben Präcipitalsalbe beladen, vorsichtig durch das Nasenloch im unteren Nasengange nach rückwärts bis zur hinteren Rachenwand; das eingetrocknete und noch flüssige Secret wird dadurch teils mechanisch entfernt, teils aufgesaugt und die Nase zur Luftatmung freigemacht. Da jedoch diese Methode nur den unteren Nasengang reinigt, ferner wegen des meist grossen Widerstandes seitens der kleinen Patienten wenig schonend ist, wählte er auch die Einträufelung einer ½%igen Argentum nitricum-Lösung. Das Kind liegt in horizontaler Rückenlage. Es wird eine mit wenigen Tropfen der genannten Lösung befeuchtete Wattewicke in je ein Nasenloch eingeführt, die Nasenflügel werden darüber gegen das Septum, wie beim Schneuzen, angedrückt und die Lösung fliesst nach rückwärts, das Naseninnere überall bestreichend.

Der nichteiterige Influenzacatarrh des Mittelohrs wird von Dr. Eitelberg (Wien) folgendermassen behandelt: Laues (28° R.) Gehörgangsbad alle 2—3 Stunden durch etwa 5 Minuten, in der Zwischenzeit 5% Carbolglycerintampons. Massage der Regio mastoidea et tragica. Gegen dumpfes Ohrgefühl und Schwerhörigkeit Luftdouche und Sieglesche Trommelfellgymnastik. Paracentese nach Maassgabe des Localbefundes und der psychischen Verfassung des Patienten.

Dr. Njemtsdonkow empfiehlt bei eiterigen Mittelohrentzündungen, das Ohr nicht ängstlich zu schützen, sondern lässt dasselbe nur beim Ausgehen in kalter Luft durch einen Wattetampon schliessen. Die Austrocknung des Gehörganges geschieht durch energische Reinigung mittels Wattepinseln, die mit 10—15 Tropfen einer Mischung von Alkohol und destillirtem Wasser, der ein wenig 2%ige Carbolsäurelösung zugesetzt wird, getränkt sind. Die überschüssige Menge der Flüssigkeit bleibt 2—3 Minuten im Ohr und wird dann durch Neigen des Kopfes entfernt. Gelingt es nicht, in dieser Weise zum Ziele zu kommen, versiegt die Eiterung nicht, so wendet Verfasser folgendes Verfahren an. Er zieht die Ohrmuschel des Patienten nach vorne, oben und aussen, sticht in die obere Gehörgangswand längs des knorpeligen Teiles bis zum knöchernen eine Pravazsche Spritze ein und injicirt eine ganze Spritze einer 5%igen Phenollösung. Die Schmerzen sollen bald, die Eiterung in circa zwölf Tagen nachlassen, wenn nicht, so wird ein zweites Mal injicirt, mehr als drei Injectionen hat Njemtsdonkow nie gemacht. 36 Fälle werden so als geheilt beschrieben, 9 acute und 27 chronische. Die Wirkung wird durch die energische Einwirkung des Phenols auf die Mikroorganismen zu erklären gesucht.

Bei Knochenaffection an den Wänden des Cavum tympani und Meatus ossei benützt Dr. Bull die Salzsäure. Ein mit einer 4%igen Lösung getränkter Wattebausch wird gegen die kranke Stelle gedrückt, bezw. in eine vorhandene Oeffnung eingeführt und bis zum folgenden Tage liegen gelassen. Die nächste Application wird gewöhnlich erst nach Ablauf einer Woche vorgenommen. Am günstigsten zeigt sich die Wirkung, wenn die Säure direct mit der erkrankten Knochenpartie in Berührung kommen kann. Das Hauptanwendungsgebiet dieser Methode sind die Fälle mit Affection der Wände des Cavum

Digitized by Google

tympani einschliesslich der lateralen Wand des Recessus epitympanicus, sowie des hinteren oberen Teiles des Gehörganges. Für Caries der Gehörknöchelchen passt die Salzsäurebehandlung nicht, auch im äusseren Teile des Meatus wird sie nicht vertragen.

Dr. Hecht (München) lobt die Heissluftbehandlung bei chronischen Mittelohreiterungen. Die Application geschieht mittels des Holländerschen Apparates und einer durch den Ohrtrichter geführten dicken Metallcanüle. Die Wirkung erklärt er folgendermassen. Die längere Anwesenheit von Wasser in der Paukenhöhle ruft eine Maceration der Schleimhautoberfläche hervor, wirkt also dem Heilungsprocesse entgegen; ausserdem bietet macerirtes Gewebe den Bakterien einen besseren Nährboden. Diesem wirkt die Heissluftbehandlung entgegen. Es wird ferner durch sie eine active Hyperämie gesetzt, welche die Regenerationsfähigkeit und Widerstandskraft der Schleimhaut gegen äussere Schädlichkeiten erhöht.

Dr. Hopkins hat 62 Fälle von chronischem Mittelohrcatarrh mit überhitzter Luft behandelt. Als Contraindicationen betrachtet er: 1. Arteriosclerose; 2. serösen Erguss in das Tympanum; 3. Perforation des Tympanums.

Prof. Jacobson (Berlin) verwendet die federnde Drucksonde in allen denjenigen Fällen von trockenen Mittelohrerkrankungen, in welchen das Gehör durch die Luftdouche wenig oder gar nicht gebessert wird; in gleicher Weise überall da, wo durch trockene Mittelohraffectionen verursachte Beschwerden, nämlich subjective Gehörsempfindungen (Sausen, Brausen, Zischen, Sieden, Singen, Klopfen) oder auch lästiges Gefühl von Verlegt- oder Verstopftsein, von Fülle und Druck im Ohr und eventuell auch der entsprechenden Kopfhälfte durch die Luftdouche wenig oder gar nicht verändert werden.

An 276 genau beobachteten Fällen constatirt Dr. Schwabach, dass die Vibrationsmassage des Trommelfells bezüglich Besserung des Hörvermögens bei der Sclerosirung des Schalleitungsapparates recht wenig leistet, bei chronischem Mittelohrcatarrh mit Trübung und Einsenkung des Trommelfells dagegen, sowie bei subacutem Mittelohrcatarrh, abgelaufenen acuten Mittelohrentzündungen und bei Residuen chronischer Mittelohreiterung oft erheblichen Nutzen brachte. Besonders bei Residuen mit persistirender Perforation erscheint das Resultat bemerkenswert, da hier die Luftdouche ohne Einfluss ist. Bei den Erkrankungen des Schallperceptionsapparates wurde keinerlei Erfolg erreicht. Bezüglich des Einflusses auf die subjectiven Geräusche wird ein ähnlich günstiges Resultat gemeldet, wie es bisher von anderen Untersuchern gefunden wurde, wenn auch die Besserung nur in einem Teile der Fälle dauernd blieb.

Zur Bekämpfung der Schwindelerscheinungen, wie sie bei Ohrenkranken sehr häufig ausgelöst werden, lässt Prof. Urbantschitsch (Wien) den Kopf des Patienten täglich einige Male nach rechts und links kreisen, anfänglich nur drei- bis fünfmal, später bis zwanzig- oder dreissigmal. Das Kopfkreisen wird am Beginn der Uebung sitzend — wohl auch im Bette — später stehend vorgenommen, wobei die Hände eine sichere Stütze haben müssen, um bei eintretendem Schwindel ein Fallen zu verhüten. Eine Handstütze ist beim Kopfkreisen während des Stehens dringend anzuraten, vor Allem in der ersten Zeit der Uebungen, wo der Schwindel stärker einzutreten pflegt. Sobald sich während des Kopfkreisens ein deutliches Schwindelgefühl bemerkbar macht, muss mit den Kopfbewegungen aufgehört werden, um nach abgelaufenem Schwindel das Kopfkreisen neuerdings aufzunehmen. In Fällen, wo der Schwindel bei bestimmten Kopfbewegungen besonders leicht und stark erfolgt, sind ferner eben diese Kopfbewegungen auszuführen, wobei man in gleicher Weise wie beim Kopfkreisen bei eintretendem Schwindel am besten in der Stellung, die der Schwindel hervorrief, so lange verharrt, bis das Schwindelgefühl verschwunden ist; hierauf werden dieselben Kopfbewegungen neuerdings vorgenommen. Urbantschitsch hat von dieser Behandlungs-Methode während

Digitized by Google

zweier Jahre bei einer grösseren Reihe von Patienten wesentliche Besserungen und Heilerfolge zu verzeichnen gehabt.

Ueber den „Ménière'schen Symptomencomplex" und seine Behandlung berichtet Dr. Heermann (Kiel). Ein bis dahin gesunder, auch ohrgesunder Mensch wird von einem heftigen Schwindel ergriffen, er taumelt zur Seite, stürzt hin, mit oder ohne Verlust des Bewusstseins, und erbricht sich. Wenn er sich seines Zustandes bewusst wird, bemerkt er heftige subjective Ohrgeräusche und den vollständigen Verlust seines Gehörvermögens. Uebelkeit und Erbrechen legen sich zunächst, Schwindelgefühl und taumelnder Gang persistiren länger, Ohrgeräusche und Taubheit oft für Lebenszeit. Dieses eigenartige Krankheitsbild kann seine Ursache in einem Ohrenleiden haben, kann aber auch von einem Nervenleiden oder Allgemeinleiden abhängen. In den Fällen, wo die Aetiologie zunächst dunkel bleibt, ist der Arzt darauf angewiesen, den Anfall als solchen zu behandeln, der nicht selten mit einem apoplectischen Insult verwechselt wird. Im Anfang peinigt den Kranken am meisten das Schwindelgefühl, welches auch beim ruhigen Liegen auftritt. Hier lässt sich fast immer eine Lage herausfinden, in welcher der Schwindel sich verringert; der Patient ist aber persönlich so deprimirt, dass er diese von selbst zunächst nicht findet, er muss darauf gebracht werden. Man sorge für eine gerade Rückenlage mit leicht erhöhtem Oberkörper und drehe den Kopf nach links, wenn der Schwindel rechtsdrehend ist, und umgekehrt. Auf diese Weise gelingt es fast stets eine Stellung zu finden, in welcher der Kranke sich wieder einigermassen im Besitze seines Gleichgewichtes wähnt und diese Stellung hält er nun ängstlich inne. Dann mache man der Umgebung des Patienten strengste Ruhe zur ersten Pflicht. Bei einem vollblütigen Individuum ist eine locale Blutentziehung oft von Nutzen, ebenso wie eine Eisblase manchmal wohlthuend empfunden wird. Ein Haupttheilfactor bleibt aber die consequente psychische Beeinflussung des Kranken, dem man immer wieder vorstellen muss, dass sich sein Leiden mit jedem Tage zusehends bessern wird. Innerlich ist Brom am Platze. Nach Verlauf einiger Tage nehmen die stürmischen Symptome ab, der Kranke leidet noch an leichterem Schwindel, Ohrensausen und Taubheit. Die Prognose muss man vorsichtig stellen; die Erfolge in Bezug auf die Wiederherstellung des Hörvermögens sind oft gänzlich negative, manchmal aber geradezu überraschend gute. Ergibt die Untersuchung des Kranken das Vorhandensein syphilitischer Stigmata, so ist eine antiluetische Behandlung angezeigt. Eine besondere Gruppe bilden diejenigen Fälle, in welchen sich die beschriebenen Symptome im Anschluss an eine meist chronische Mittelohreiterung einstellen. Hier handelt es sich fast stets um ein Cholesteatom, welches sich im Antrum mastoideum entwickelt und einen der knöchernen Bogengänge usurirt hat. In diesem Falle ist nur von einem operativen Eingriff Heilung zu erwarten. Die nummerisch stärkste Gruppe wird aber von denjenigen Fällen gebildet, in welchen sich der Ménière'sche Symptomcomplex an nicht eitrige Mittelohrleiden anschliesst, speciell an den chronischen trockenen Mittelohrcatarrh. Hier bringt eine Schwitzcur mit Pilocarpin oft grossen Nutzen, indem sie den Schwindel beseitigt und gehörverbessernd wirkt. Man beginnt mit der subcutanen Injection von $^1/_{10}$ Pravazspritze einer 2% Lösung und steigert täglich um $^1/_{10}$ Spritze, bis eine ausgiebige Schweisssecretion erfolgt. Gelingt dies nicht, so versuche man die innere Darreichung des Mittels in doppelter Dosis, in warmem Fliederthee verabfolgt. Natürlich muss daneben der chronische Mittelohrcatarrh mit den üblichen therapeutischen Methoden behandelt werden.

Auf Grund einer reichen Erfahrung über den Wilde'schen Schnitt aus der Klinik des Prof. Zaufal in Prag bestätigt Dr. Piffl den Standpunkt, dass die Wilde'sche Incision nur ausnahmsweise Aussicht auf Erfolg hat. Die Grenzen der Indication zur Freilegung der mittleren und hinteren Schädelgrube, welche früher von Zaufal sehr weit gesteckt wurden, werden jetzt eingeengt. In einem Falle, bei dem der Sinus sigmoideus breit blossgelegt war, klappte derselbe bei

Digitized by Google

Schluckbewegungen des Patienten wiederholt ganz zusammen, um sich einen Moment später wieder prall zu füllen. Es ist das erste Mal, dass dieses Phänomen beim Schlucken beobachtet wurde. Zaufal näht mit Ausnahme des unteren Wundwinkels die ganze retroauriculäre Wunde zu und hat dadurch die kurze durchschnittliche Heilungsdauer von 26 Tagen erzielt.

Zur Prophylaxe der Masernotitis von Dr. Weiss (Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft.) — Einige Notizen zur nichteitrigen Influenzaotitis, bezw. zu deren Complication mit Facialisparesis von Dr. Eitelberg (Wiener med. Blätter Nr. 19). — Die Behandlung der Mittelohrentzündungen und deren Complicationen von Dr. Njemtsdonkow (Jeshen. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 10. Heft). — Von der Anwendung der Chlorwasserstoffsäure bei Knochenaffectionen an den Wänden des Cavum tympani und Meatus osseus von Dr. Bull (Zeitschrift f. Ohrenheilk. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft). — Die Heissluftbehandlung bei chronischen Mittelohreiterungen von Dr. Hecht (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24). — Therapeutische Anwendung von überhitzter Luft bei chronischer Otitis media catarrhalis von Dr. Hopkins (Med. Rec. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 70). — Zur Behandlung der trockenen Mittelohraffectionen, insbesondere mit der federnden Drucksonde von Prof. Jacobson (Centralbl. f. d. ges. Ther. 8. Heft). — Ueber den therapeutischen Wert der Vibrationsmassage des Trommelfells von Dr. Schwabach (Zeitschr. f. Ohrenheilk. — Wiener med. Blätter Nr. 49). — Ueber eine mechanische Behandlung gewisser Schwindelformen von Dr. Urbantschitsch (Wiener. klin. Wochenschr. Nr. 7). — Welche therapeutischen Maassnahmen indicirt der Ménière'sche Symptomencomplex? von Dr. Heermann (Therd. Gegenw. — Medico Nr. 39). — Ueber die Aufmeisselung des Nervenfortsatzes bei Complicationen acuter Mittelohrentzündungen mit Bericht über 75 operirte Fälle von Dr. Piffl (Arch. für Ohrenheilk. — Münchener med. Wochenschrift Nr. 20).

**Organotherapie.** Ausser der Wirksamkeit des Schilddrüsensaftes beim ausgesprochenen und beim mehr latenten Myxödem, welche Fälle auf mangelhafter Function der Schilddrüse zu beruhen scheinen, gibt nach Dr. Ausset die Schilddrüsentherapie die besten Resultate beim sogenannten Infantilismus. Ausser den Fällen von mangelhafter Entwicklung, wo die Schilddrüse zweifellos die Hauptrolle spielt, gibt es solche, die scheinbar auf Rachitis, Tuberculose, Syphilis beruhen, wo aber die Wachstums- und Entwicklungsstörungen mit einer Behinderung der Schilddrüsenfunction zusammenhängen. Ausset ist daher der Ansicht, dass man in allen Fällen von mangelhafter Entwicklung im Kindesalter, welches auch die scheinbare Ursache sei, die Schilddrüsentherapie versuchen müsse. Die künstliche Erzeugung von fötaler Rhachitis, wenn man die weiblichen Versuchstiere der Schilddrüsen beraubt, die günstige Einwirkung der Schilddrüsentherapie auf die Rhachitis beweisen, dass diese Drüse eine bedeutende Rolle bei der Production des rhachitischen Krankheitsprocesses spielt. Der Erfolg der Phosphate, der seit langer Zeit gegen die Rhachitis schon bekannt ist, könnte zum Teile daher kommen, dass die an Phosphaten sehr reiche Schilddrüse so wieder diese organischen Substanzen gewänne, welche sie durch die primäre Krankheitsstörung verloren hat. Die Schilddrüsentherapie muss bei den Kindern, die dafür besonders empfänglich sind, mit grösster Sorgfalt gehandhabt werden, Herz und Nieren sind genauestens zu überwachen und bei dem geringsten Zeichen von Schilddrüsenintoxication muss die Behandlung ausgesetzt oder die Dosis vermindert werden. Man darf nur mit ganz geringen Mengen beginnen, um die Empfänglichkeit des Individuums zu prüfen, nur langsam mit den Dosen steigen und von Zeit zu Zeit aussetzen; die komprimirten Tabletten und Pastillen sind für Kinder die geeignetsten Formen und bei deren Fabrikation sollte mit grösster Sorgfalt verfahren werden (Sterilisation).

Dr. Jaenicke (Breslau) hat das Thyreoidin (am besten bewährten sich ihm die englischen Pastillen zu 0,3, dreimal täglich 1 Stück zu nehmen) in einigen nicht ganz klaren Fällen von Anschwellung der Drüsen, einschliesslich der Brustdrüsen und der Milz mit gutem Erfolge angewandt und glaubt es auch gegen Pseudoleukämie empfehlen zu können.

Bezüglich der Beeinflussung der Ausfallserscheinungen beiderseitig castrirter Frauen durch Ovarialpräparate hat Dr. Fleckemann an der chirurgischen Abteilung von Dr. Kümmell (Hamburg-Eppendorf) in 135 Fällen Versuche angestellt, die

Digitized by Google

folgendes Resultat ergaben. Die oft sehr lästigen Ausfallserscheinungen nach doppelseitiger Oophorektomie werden durch Ovarialpräparate nicht regelmässig, aber doch hinreichend häufig günstig beeinflusst, um in jedem Falle einen Versuch damit anzustellen. Die Ovarialpräparate sind unschädlich. Bei der Operation soll man stets an den Versuch denken, Ovarialgewebe zu erhalten, um Ausfallserscheinungen vorzubeugen.

Dr. Ausset über die Schilddrüsenbehandlung in der Pathologie des Kindesalters und speciell bei der mangelhaften Entwicklung auf dem französischen Congress für Gynäkologie, Geburtshilfe und Kinderheilkunde zu Nantes (Münchener. med. Wochenschr. Nr. 45). — Ueber die Wirkung der Thyreoidin-Präparate bei einigen seltenen Krankheitefällen von Dr. Jaenicke (Centralbl. f. inn. Med. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 2. Heft). — Zur Beeinflussung der Ausfallserscheinungen beiderseitig castrirter Frauen durch Ovarialpräparate von Dr. Flockmann (Münchener med. Wochenschr. Nr. 48).

**Orthoform.** Das Orthoform hat sich überall da, wo geschwürige Processe zur Freilegung von Nervenendigungen geführt haben, als schmerzstillendes Mittel gut bewährt und da es ausserdem antiseptisch und secretionshemmend wirkt, ist es ein vortreffliches Wundmittel. Leider ist es aber durchaus nicht harmlos und ungefährlich. Es sind bereits zahlreiche Fälle bekannt, in denen es, zuweilen schon in kleiner Menge, hässliche Hauterkrankungen und mehr oder weniger unangenehme Störungen des Allgemeinbefindens hervorrief. Auch Dr. Graul (Würzburg) berichtet über einen diesbezüglichen Fall.

Ebenso berichtet Dr. Mailland über Intoxicationen nach Orthoformgebrauch. Es handelt sich gewöhnlich um diffuse Erytheme oder um erythematöse Plaques, zuweilen leicht erhaben, discret oder confluirend, nicht schmerzhaft, aus welchen zuweilen Bläschen entstehen. Hie und da ist das Jucken sehr lebhaft. Die allgemeinen Erscheinungen sind dieselben wie beim acuten fieberhaften Magencatarrh.

Dr. Heermann (Posen) machte die Erfahrung, dass der schmerzstillende Einfluss des Orthoforms in einzelnen Fällen nach einer unbestimmten Zeit nachlässt. Dies scheint Autor der Zeitpunkt zu sein, mit welchem die unangenehmen Erscheinungen beginnen und das Mittel ganz oder zeitweise ausgesetzt werden muss. Gangränöser Belag der Geschwüre wurde fünfmal beobachtet, dreimal mit Reizung; gegen diese Erscheinung wurde mit antiseptischen Umschlägen, Bädern, Carbolvasogen oder dergleichen vorgegangen, auch wurde wohl daneben die Oberfläche des Belages mit einer heiss gemachten Brennscheere betupft (täglich oder in grösseren Zwischenräumen), bis dieselbe jedesmal eingetrocknet war. Dadurch schwand nicht nur der Belag mit sichtbarer Schnelligkeit, sondern es verkleinerte sich auch die Wunde in demselben Maasse. Wenn man den oben erwähnten Zeitpunkt zum Aussetzen des Mittels benutzt und von diesem nur so viel gebraucht, als eben zur Schmerzstillung notwendig ist, wird man nach Verfassers Ansicht seine üblen Nebenwirkungen auf ein geringes Maass herabsetzen können.

Ueber Nebenwirkungen des Orthoforms von Dr. Graul (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 271. Bd 8. Heft). — Orthoformintoxication von Dr. Mailland (Nouv. reméd. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 9). — Beitrag zur Orthoformvergiftung von Dr. Heermann (Ther. Monatsh. 3. Heft).

**Osteomalacie.** Dr. Schmidt empfiehlt bei Osteomalacie die Anwendung von Heissluftbädern mittels Phénix à air chaud. Da bei dieser Procedur keinerlei Ortsveränderung des Patienten notwendig ist, können derselben auch schwerste Fälle unterzogen werden; Fälle, bei welchen anderweitige balneotherapeutische Maassnahmen mit Rücksicht auf die notwendige, aber unmögliche Locomotion vollkommen illusorisch sind. Schmidt behandelte zwei Fälle von ausgesprochener puerperaler Osteomalacie nach dieser Methode. Die Patientinnen erhielten täglich ein Heissluftbad von 1 bis 1 1/2 Stunden Dauer. Der Erfolg war in beiden Fällen ein eclatanter. Im ersten Falle konnte nach einem Monate die Patientin, welche vor der Behandlung nur noch sehr mühsam und mit Schmerzen gehen konnte, ohne Schmerzen und ohne Unterstützung in den Garten gehen. Die zweite Patientin, welche seit zehn Monaten bettlägerig war, brachte es nach



Digitized by Google

drei Monaten dazu, dass sie allein und ohne Stütze die Treppe auf- und absteigen konnte. Nach den Bädern fühlen sich die Patienten meistens etwas matt und scheint es daher zweckmässig, dieselben in den Abendstunden zu verordnen. Das Nachlassen der Knochenschmerzen, verbunden mit dem Gefühle der Ermattung, wirkt günstig bei bestehender Schlaflosigkeit, einem bei Osteomalacischen häufig bestehenden Symptom.

Dr. Holländer stellte der Berliner medicinischen Gesellschaft eine Patientin vor, bei der wegen Osteomalacie die Castration ausgeführt wurde. Der Erfolg der Operation war ebenso rätselhaft wie glatt. Schon nach vier Stunden p. o. waren die intensiven Schmerzen verschwunden. Die Patientin konnte schon am Abend des nächsten Tages nach der Operation sich freier im Bett bewegen; während sie vorher nur durch Rotiren um die Längsachse des Körpers bei fixirten Knieen sich mühsam vorwärts bewegen konnte, war sie nach 14 Tagen bereits im Stande, mittels eines Stockes durch das Zimmer zu gehen, jetzt vermag sie Kilometer lange Strecken ohne jede Unterstützung zurückzulegen. Das sind unerklärliche Thatsachen, für die uns noch jede positive Unterlage mangelt.

Heissluftbäder gegen Osteomalacie von Dr. Schmidt (Wien. klin. Wochenschr. Nr 27). — Dr. Holländer über Osteomalacie in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 96).

# P.

**Panaritium.** Dr. Schulze (Cottbus) hat bei Panaritium, wenn die Erkrankung und Knochennekrose die Nagelglieder betraf, die Erfahrung gemacht, dass bei zuwartender conservativer Behandlung ein grosser Teil der Finger zu retten ist und volle Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann. Der erste Fall, der so behandelt wurde, nahm folgenden Verlauf: Patient litt schon seit mehreren Wochen an einem Panaritium des Nagelgliedes des rechten Daumens; der Eiter hatte sich von selbst entleert, aber die Wunde wollte nicht zuheilen, und es wuchsen starke Granulationen. Der Knochen war, wie Sondiren ergab, nekrotisch, das Fingerglied verdickt. Da ein chirurgischer Eingriff unbedingt abgelehnt wurde, so blieb nichts weiter zu thun, als einen Salbenverband mit Zinksalbe und fleissiges Baden zu empfehlen. Nach drei Wochen hatte sich die ganze nekrotisehe Nagelphalange abgestossen, nach einer weiteren Woche war die Wunde in guter Heilung begriffen, das Nagelglied selbst etwas kürzer und dicker als an der gesunden Seite, aber nicht schlaff und eingefallen, sondern mit einem festen Knochen versehen und im Gelenk vollkommen activ und passiv beweglich. Die um den Sequester gebildete Todtenlade war also vollkommen im Stande, nach der Abstossung des nekrotischen Inhaltes alle Aufgaben der Phalange zu erfüllen. Die Function des Gliedes wurde und blieb eine tadellose. Nach dieser Erfahrung hat Verfasser gleichliegende Fälle stets conservativ behandelt und immer mit demselben günstigen Ausgange. Die Zeit, die man zuwarten muss, bis der Sequester gelockert und der neue Knochen genügend fest ist, schwankt zwischen drei und sieben Wochen. Während dieser Zeit lässt man nur in lauem Seifenwasser baden und einen Verband mit Zink- oder Borsalbe umlegen, ebenso nach der Entfernung des nekrotischen Knochens bis zur vollen Heilung.

Ein Beitrag zur Behandlung der Panaritien von Dr. Schulze (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11).

**Pankreaskrankheiten.** Symptome von Pankreas-Affectionen sind nach Prof. Ceccherelli: Abmagerung, Anwesenheit von Fett in den Fäces, Zucker im Urin, Broncefärbung der Haut, Gelbsucht, Schmerzen. Der Pankreasschwanz ist

Digitized by Google

chirurgisch leichter angreifbar als der Pankreaskopf. Experimentell ist nachgewiesen, dass die Exstirpation des ganzen Pankreas mit dem Leben und der Gesundheit der Versuchstiere verträglich ist. Wenn klinisch trotz weniger positiver Fälle im Ganzen dieser Beweis noch aussteht, so liegt dies daran, dass es sich meist um schwer diagnosticirbare Affectionen handelt, meist um Tumoren, welche sich auf mehrere Organe ausdehnen. Bei tuberculösen wie luetischen Processen ist die Exstirpation nicht ratsam. Die partielle Entfernung muss so ausgeführt werden, dass einer der beiden Ductus wegsam bleibt. Die häufigsten Tumoren sind Cysten mit blutigem und wässerigem Inhalt: Kalkconcremente und Incrustationen. Ein Krankheitsprocess des Organs ist neuerlich sorgfältig studirt, das ist die Pankreas-Nekrose, welche eine Entfernung der nekrotischen Pankreasfragmente nötig machen kann. Bei eiterigen und gangränösen Pankreasentzündungen hat man den acuten Verlauf abzuwarten und dann zu operiren auf drei Wegen, je nach dem Befund und zwar auf dem lumbaren, extraperitonealen, transpleuralen oder medianen oberhalb des Nabels. Chronische Pankreasentzündungen können zu Compressionserscheinungen des Choledochus und des Pylorus Veranlassung geben. Auch von Pankreas mobile werden Fälle in der Litteratur angeführt: in solchen Fällen ist gegen die chirurgische Fixation nichts einzuwenden. Pankreashämorrhagien können auch durch gangränöse Processe bedingt sein. Sie sind zu behandeln wie traumatische Blutungen. Suturen des Organs werden gut vertragen; zu vermeiden ist, dass der Faden im Ductus liegen bleibt wegen der Möglichkeit von Concretionen. Heute besteht kein Zweifel mehr an der Thatsache, dass das Pankreas sich regenerirt. Der Erguss von Pankreassaft in die Bauchhöhle gibt nur dann zu Peritonitis Veranlassung, wenn das Secret ein abnormes ist. Bei der Exstirpation des Organs empfiehlt es sich, die Nähte vorher anzulegen, um grösseren Blutverlust zu vermeiden; Galvanokaustik empfiehlt sich nicht.

Eine Verwundung des Pankreas lässt sich nach Prof. Ninni (Neapel) nur durch Austritt von Pankreassaft aus der Wundhöhle mit Sicherheit diagnosticiren. Autor berichtet über einen Mann, der durch einen Revolverschuss in den Rücken verletzt wurde. Eintrittsöffnung der Schusswunde links dem Dornfortsatze des zweiten Lendenwirbels entsprechend; Austrittsöffnung im rechten Epigastrium, zwei Querfinger unter dem Rippenbogen. Laparotomie. Sechs Wunden des Dünndarmes, eine des Colon transversum und Magen; Durchtrennung des Epiploon gastro-colicum, Wunde des Pankreas zwischen Kopf und Körper als Quelle der Blutung constatirt. Tiefe Naht durch die ganze Dicke des Pankreas und dessen Peritonealüberzug, wodurch Blutung und Ausfluss des Pankreassaftes gestillt wurden. Heilung nach 35 Tagen. Im Harne kein Zucker, einmal etwas Eiweiss. Nach Verfasser ist dies der erste Fall eines chirurgischen Eingriffes wegen Verwundung des Pankreas. Er ist von der Notwendigkeit sorgfältiger Naht der Pankreaswunden überzeugt oder mindestens von extraperitonealer Behandlung, um eine durch Ausfliessen des Pankreassaftes erzeugte Peritonitis zu vermeiden, die jedoch nach anderen Autoren nicht immer entstehen muss.

Als die unmittelbare Ursache einer Pankreatitis muss nach Dr. Robson immer eine Infection angenommen werden. Daneben kommen als fernere Ursachen Gallen- oder Pankreassteine, Darmcatarrhe, Geschwüre oder Carcinome des Magens oder des Darms u. A. in Betracht. Ein häufiges nnd sehr gefährliches Vorkommniss bei der acuten Pancreatitis sind Blutungen, die sogar unmittelbar zum Tode führen können. Die Ursachen solcher Blutungen sucht Robson in einer Wirkung des Glycerins, welches bei der Spaltung des Fettes unter Einwirkung des Pankreassaftes frei wird; denn es ist durch andere Erfahrungen bekannt, dass Glycerin zerstörend auf die Blutkörperchen einwirkt. Die hämorrhagische Pancreatitis sieht Robson nicht als eine besondere klinische Form an, sondern er sieht in der Hämorrhagie nur ein gelegentlich auftretendes Symptom. Klinisch unterscheidet er eine acute, subacute und chronische Form. Die Behandlung der



Digitized by Google

acuten Pancreatitis fällt zusammen mit derjenigen einer acuten abgegrenzten Peritonitis. Es kommt darauf an, durch eine kleine Laparotomie oberhalb des Nabels oder durch eine Incision im Winkel zwischen Rippen und Wirbelsäule linkerseits dem Eiter einen Abfluss zu eröffnen. Selbst wenn noch kein Eiter vorhanden sein sollte, ist solche Operation zur Exploration des Pankreas von Nutzen. Die subacute Form ist im Wesentlichen ebenso zu behandeln; bei der chronischen Form ist jedoch nicht das Pankreas direct freizulegen und zu drainiren, sondern es wird eine indirecte Drainage durch die Gallenblase, den Ductus choledochus oder das Duodenum angelegt. Die Erfolge der Behandlung scheinen um so günstiger zu sein, je weniger acut die Entzündung war.

Prof. Hahn (Berlin) hat vier Fälle von Pancreatitis haemorrhagica beobachtet und wies darauf hin, dass die Symptome in allen Fällen sehr ähnlich waren. Die Erkrankung trat bei allen Patienten plötzlich ein und bestand in heftigen Schmerzen im Leibe, wozu sich Aufstossen, Erbrechen, grosser Verfall der Kräfte, sehr frequenter Puls, Aufgetriebensein der Regio epigastrica gesellten. Der Stuhl war in drei Fällen angehalten, so dass eine grosse Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit dem des Ileus bestand. In therapeutischer Beziehung verwirft Verfasser die bisherige exspectative und symptomatische Behandlung und rät dringend die Operation an. Da die Patienten aber sehr stark collabirt sind, widerrät Verfasser von jeder eingreifenden Laparotomie, er eröffnet die Bauchhöhle unterhalb des Nabels nur an einer kleinen Stelle, entleert das blutige Exsudat, das in diesen Fällen in der Bauchhöhle gewöhnlich enthalten ist, und drainirt mit Jodoformgaze. Die teilweise Entleerung der septischen Substanzen beeinflusst den Organismus günstig. Ein auf diese Weise operirter Patient erholte sich nach der Operation vom Collaps und wurde geheilt.

Aus der Mitteilung eines von Dr. Marwedel aus der Prof. Czerny'schen Klinik in Heidelberg beobachteten Falles von Pankreasabscess geht hervor, dass diese Erkrankung der Drüse lange Zeit solitär, auf eine Stelle beschränkt bleiben kann und dass die Chancen der Heilung auf operativem Wege durch Incision und Entleerung des Eiterherdes keine schlechten sind. Im acuten ersten Anfall ist allerdings das Krankheitsbild so vieldeutig, dass eine exacte Diagnose kaum möglich sein dürfte. Mit dem Verschwinden der Shockerscheinungen aber und dem Auftreten des langsam wachsenden Abscesses bieten sich die Aussichten für eine exacte Diagnostik und Therapie. Der Schwerpunkt der ärztlichen Aufgabe liegt demnach in dem frühzeitigen palpatorischen Nachweis einer Resistenz oder eines Tumors in der Tiefe des Epigastriums, dessen Abhängigkeit vom Pankreas sich aus den bekannten Lageverhältnissen zu den Nachbarorganen (Magen, Colon) ergeben muss. Vergleicht man die Symptomatologie der verschiedenen Pankreasaffectionen miteinander, die der Nekrose nach Hämorrhagie, die des Tumors oder der Cystenbildung und die des Abscesses, so findet man oft eine auffallende Uebereinstimmung im Krankheitsbilde. Thatsächlich lässt sich bei Vorhandensein einer Geschwulst in der Tiefe des Leibes an typischer Stelle und aus sonstigen allgemeinen Zeichen wohl sehr häufig die Diagnose auf den Sitz des Leidens in der Bauchspeicheldrüse, nicht aber auf die genauere Natur des Leidens stellen. Diese Unsicherheit der specielleren Diagnostik sollte im Zweifelsfalle nur umsomehr eine Veranlassung abgeben zum Einschreiten auf chirurgischem Wege, weil eben die Gefahr besteht, dass z. B. hinter einer als harmlose Cyste imponirenden Geschwulst sich doch ein Eiterherd verbirgt, der jeden Tag die tödtliche Perforation in die Bauchhöhle bringen kann. Für den Chirurgen in Betracht kommt als Eingriff im Wesentlichen nur die breite Incision des Abscesses mit dem Messer. Die Probepunction sollte höchstens gestattet sein bei Tumoren, die mit den Bauchdecken verwachsen sind, oder dann, wenn der Zugang zur verdächtigen Geschwulst nach Eröffnung des Leibes freiliegt, da — abgesehen von der Möglichkeit einer Darmverletzung — die transperitoneale Punction von Abscessen

Digitized by Google

durch Secretabfluss aus der Stichöffnung die Bauchhöhle inficiren kann. Wenn möglich wird man bei Senkungen des Eiters nach der Seite oder nach hinten in die Lumbalgegend die Onkotomie extraperitoneal ausführen (Körte). In allen anderen Fällen wird man die Methode der Eröffnung des Abscesses von der Bauchhöhle aus durch Laparotomie befolgen. Man muss sich dabei nur bemühen, das Einfliessen von Eiter in den Bauchraum zu verhindern durch exacte Tamponade der Umgebung der Wunde und durch Umsäumung des Peritoneum parietale an die Ränder der projectirten Abscessöffnung.

Dr. Franke berichtet über vier Fälle von Pankreascarcinom, in denen er operativ eingegriffen hat und die leider kein erfreuliches Bild geben. In einem Falle ist es Autor gelungen, das ganze, nur zu einem Teile entartete Pankreas zunächst mit Ausgang in Heilung zu exstirpiren, und berichtet er, dass diese Totalexstirpation keinen dauernden Diabetes und keine Steatorrhoe, überhaupt keine Ausfallserscheinungen zur Folge gehabt hat. Jedenfalls ist bei bösartiger Geschwulst des Pankreas die Totalexstirpation erlaubt, sie soll so früh wie möglich gemacht werden. Für die Frühdiagnosen bleiben uns bei strenger Kritik in der Regel keine anderen Erscheinungen zur Verfügung als äusserst heftige, kolikartige Leibschmerzen in der Tiefe des Epigastriums, die sich häufig an die Nahrungsaufnahme anschliessen, schnell fortschreitende Cachexie und eventuell der Nachweis eines Tumors. Zur Sicherung der Diagnose ist zeitig die Probelaparotomie zu machen. Ist eine Radicaloperation nicht mehr möglich, und das wird leider für die meisten Fälle zutreffen, so kann man, sobald Stauungserscheinungen in den Gallenwegen vorliegen, die Leiden des Kranken oft noch durch eine Palliativoperation — Cholecystenterostomie — lindern.

So leicht die Ausführung der Operation bei grossen, gegen die Bauchwand andrängenden Pankreascysten sein kann, so schwer lassen sich in anderen Fällen die Hindernisse überwinden. In einem anscheinend aussichtslosen Falle, in dem jede der sonst üblichen Operationen ausgeschlossen war, hat Prof. Bessel-Hagen auf einem neuen Wege, quer durch den Magen hindurch, die Cyste zugänglich gemacht und einen Heilerfolg erzielt.

Die Chirurgie des Pankreas von Prof. Ceccherelli (Il Morg. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 38). — Erster Eingriff bei Wunden des Pankreas von Prof Ninni (Rif. med. — Wien. klin. Wochenschr. Nr. 24). — Ueber Pancreatitis von Dr. Robson (Brit. med. Journ. — Ther. Monatsh. 9. Heft). — Ueber die operative Behandlung bei Pancreatitis acuta haemorrhagica von Prof. Hahn (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft). — Zur Casuistik der Pankreasabscesse von Dr. Marwedel (Münch. med. Wochenschrift Nr. 1). — Ueber die Exstirpation der krebsigen Bauchspeicheldrüse von Dr. Franke (Arch. f. klin. Chir. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 22). — Zur operativen Behandlung der Pankreascysten von Prof. Bessel-Hagen (Arch. f. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 2. Heft).

**Pankreon.** In Fällen, wo die Abscheidung des sauren Magensaftes mit seiner lösenden, verflüssigenden Eigenschaft vermindert oder aufgehoben ist, rät Dr. Loeb (Wiesbaden), das Pankreon zu verwenden. Mit Hilfe des letzteren, das sich stundenlang gegen sauren Magensaft als widerstandsfähig erwies, gelang es Autor, in der Mehrzahl der Fälle von Achylia gastrica Heilung, bezw. erhebliche Besserung zu erzielen. Man verabfolgt täglich 0,5 g in Pulver oder Tabletten während der Mahlzeit. Auch auf die Störungen der Stuhlentleerung, wie sie meist mit diesem Leiden verbunden sind, wirkte das Pankreon günstig ein, sei es, dass es sich um Diarrhöen oder Zustände von Obstipation handelte. Das Pankreon wird von der chemischen Fabrik Rhenania zu Aachen hergestellt.

Weitere Mitteilungen über Pankreon von Dr. Loeb (Münchener med. Wochenschr. — Medico Nr. 36).

**Paraffininjectionen.** Dr. Moskowicz berichtet über die weiteren Erfahrungen, die im Wiener Rudolfinerhause mit den von Gersuny empfohlenen subcutanen Injectionen von Unguentum Paraffini gemacht worden sind. Die ersten Versuche reichen über zwei, bezw. ein Jahr zurück; sie betrafen eine Hodenprothese nach beiderseitiger Castration — die Vaselingeschwülste bilden in den beiden Scrotal-

Digitized by Google

hälften je einen knorpelharten Tumor, der nicht die geringsten Beschwerden verursacht — und einen Fall von Incontinentia urinae durch Verlust des Sphincters und der ganzen Urethra. Heilung durch submucöse Paraffininjectionen in die vorgefallenen Schleimhautfalten. Seitdem wurden in einer Reihe weiterer Fälle zum Teil sehr gute Erfolge mit Paraffininjectionen erzielt, so z. B. zur Stenosenbildung bei fehlendem oder ungenügend schliessendem Sphincter ani, zum Verschlusse von Bruchpforten, bei Vagina- und Uterusprolapsen, zur Correctur von Difformitäten (Sattelnase, narbige Retraction des Thorax u. s. w.).

Dr. Kapsammer berichtet über drei Fälle von Incontinentiae urinae beim Weibe, die durch Vaselininjection nach Gersuny geheilt wurden. In die Urethra wurde ein Dittel'scher Stift gelegt und dann in der Nähe des Blasenhalses unter die Vaginalwand 8 ccm injicirt — die ganze Masse an einer Stelle. Die Wirkungsweise dieser Injection beruht darauf, dass am Blasenhalse ein künstlicher Wall geschaffen wird. Man ahmt beim Weibe die Verhältnisse der Prostatahypertrophie des Mannes nach. Injicirt man nur an einer Stelle in der Nähe der unteren Uebergangsfalte, so bildet man gleichsam einen mittleren Prostatalappen.

Prof. v. Herczel (Budapest) hat bei einer Frau, bei der nach einer wegen vernachlässigter Querlage ausgeführten Decapitation und Evisceration ein Defect der hinteren Blasenwand und demzufolge Harnträufeln bestand, durch submucöse Paraffininjectionen das Harnträufeln vollkommen behoben. In drei Sitzungen wurden zusammen 4,0 g Paraffin (Schmelzpunkt 36—49° C.) mit einer gewöhnlichen Pravaz-Spritze injicirt. v. Herczel hat seither öfters und in verschiedenen Fällen (Sattelnase, Gaumendefecte, Prolapsus ani etc.) nach Gersuny's Methode verfahren und gelangte jedesmal, sei die Operation aus kosmetischen Gründen oder zur Erlangung functioneller Resultate ausgeführt worden, zu guten Resultaten.

Nach Cocaïneinspritzungen in die Bindehaut bei einem jungen Manne, welchem der linke Augapfel enucleirt war, machte Dr. Rohmer eine Injection von 2½ ccm Vaselin in die Bindehautnarbe; acht Tage später eine Injection von 1½ ccm; nach 48 Stunden wurde endlich das künstliche Auge eingesetzt. Geringe Schmerzen, keine Schwellung, kein Oedem. Das Resultat war günstig und der Kranke war im Stande, seiner Prothese hinreichende Bewegung mitzuteilen.

In zwei Fällen von Hemiatrophia facialis progressiva wandte Dr. Luxenburger an Prof. Klaussner's Klinik in München die Paraffininjectionen in die afficirten Gesichtshälften aus kosmetischen Gründen mit günstigem Erfolge an.

Dr. Pfannenstiel hat eine mit Incontinentia urinae nach Urethraexstirpation wegen Carcinom behaftete Frau beobachtet, welcher Vaselininjectionen nach Gersuny in der Umgebung des Collum vesicae gemacht worden waren, und bei welcher unmittelbar darauf Zeichen von Lungenembolie constatirt wurden. Drei Tage lang bestand Lebensgefahr, aus welcher Patientin sich schliesslich erholte, ohne jedoch den geringsten Nutzen von der Operation in Bezug auf ihre Incontinenz gehabt zu haben.

Auf Grund von Versuchen von Sobieransky und Sukuff erhebt Prof. Meyer Bedenken gegen die Unschädlichkeit der von Gersuny empfohlenen „subcutanen Prothesen" durch injicirtes Paraffin. Das Paraffin wandert im Körper an die tieferen Stellen und übt einen Reiz auf das wachsende Bindegewebe aus. Ferner teilt Meyer das Resultat der Versuche mit, in denen Ratten gewogene Mengen des bei 32° schmelzenden Paraffin unter die Haut gespritzt wurden. Nach 1—2 Monaten wurden die Tiere getödtet und ihr Körper auf Paraffin verarbeitet. Es wurden im ergiebigsten Falle 79% des verwandten Paraffins wieder gefunden. Dieses war also zwar ungemein langsam, aber doch sicher aus dem Körper verschwunden, wahrscheinlich durch Oxydation.

Ueber subcutane Injectionen von Unguentum Paraffini von Dr. Moskowicz (Wien. klin. Wochenschrift. — Schm. Jahrb. 271. Bd 8. Heft). — Dr. Kapsammer über Heilung von Incontinentia urinae

Digitized by Google

beim Weibe durch Vaselininjection in der Gesellschaft der Aerzte in Wien (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 8). — Subcutane Paraffin-Prothesen von Dr. Herczel (Orvosok Lapja Nr. 44). — Ueber eine Prothese des Auges mittels Einspritzungen von Vaselin von Dr. Rohmer (Sem. méd. — Wien. klin. Wochenschr. Nr. 21). — Ueber zwei Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva und deren kosmetische Behandlung von Dr. Luxenburger (Münchener med. Wochenschr. Nr. 36). — Gefahr der interstitiellen Vaselin-Injection von Dr. Pfannenstiel (Sem. méd. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 8). — Ueber subcutane Paraffininjectionen von Prof. Meyer (Münchener med. Wochenschr. — Schmidt's Jahrb. 271. Bd. 7. Heft).

**Parametritis.** Prof. v. Ott (St. Petersburg) führt aus, dass Narben, die mittels Massage nicht zerstört werden können, da sie Blut- und Lymphgefässe, sowie Nerven comprimiren, eine ganze Reihe lästiger Symptome und schliesslich Sterilität nach sich ziehen. Die Versuche, die Narben zu durchschneiden bezw. zu excidiren, brachten keine Heilung, da sich die Narben auf der Durchschneidungsstelle wieder bildeten. v. Ott fasst ein Folge dessen den Gedanken, die Narbe zu durchschneiden und dann auf dieselbe Ligaturen in der der Excision entgegengesetzter Richtung anzulegen. Die Durchschneidung der Narbe wird entsprechend modificirt, je nachdem man im vorderen, hinteren oder im lateralen Fornix arbeitet. Bei der Durchschneidung von Narben im Gebiete der breiten Mutterbänder kann man die Gebärmutterarterie bezw. die Ureteren durchschneiden. Man darf in Folge dessen nicht blindlings operiren. Die Gefässe sind vor der Operation zu unterbinden, während in den Ureter eine Bougie eingeführt wird, damit man ihm leichter aus dem Wege gehen kann. Das Operiren im hinteren Fornix ist leichter; allerdings muss man hier stets das Peritoneum eröffnen, dies ist aber nicht gefährlich. Mit einem Worte, eine einheitliche Technik gibt es nicht. Die Grundlage des Verfahrens, nämlich die Spaltung der Narbe mit nachfolgender Anlegung von Ligaturen, ist stets dieselbe. Ott verwendet sein Verfahren bereits seit 3½ Jahren und hat bereits zahlreiche einschlägige Operationen ausgeführt. In einem Falle war die Patientin z. B. nicht im Stande, die untere, im Hüftgelenk flectirte Extremität zu extendiren, da dies mit ausserordentlich heftigen Schmerzen verknüpft war. Nach Spaltung der Narbe in Chloroformnarkose vermochte die Patientin sogleich bei dem Erwachen aus der Narkose die Extension auszuführen. Ferner ist ein Fall beachtenswert, der eine seit Jahren sterile Frau betrifft. Nach der Operation trat Conception ein.

Prof. v. Ott über die chirurgische Behandlung narbiger Parametritiden in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu St. Petersburg (Med. Woche Nr. 22).

**Pellagra.** Bezüglich der Pathogenie der Pellagra stellte Prof. Babes (Bukarest) im Vereine mit Frl. Dr. Manicatide Versuche mit verdorbenem Mais an Tieren an. Es wurden wässerige Extracte hergestellt und Mäusen, Kaninchen und Hasen unter die Haut gespritzt. Die beobachteten Symptome haben grosse Aehnlichkeit mit der Krankheit des Menschen. In einer anderen Reihe von Versuchen wurde von der Annahme ausgegangen, dass im Blute geheilter Pellagrakranker ein Antitoxin gebildet sein müsse, das im Stande wäre, die giftige Wirkung des im verdorbenen Mais enthaltenen Toxins zu neutralisiren oder abzuschwächen. Es wurde daher Blutserum von derartigen Kranken, gleichzeitig mit infectiösen Maisextracte, mehreren Tieren subcutan beigebracht und gefunden, dass während die mit einfachem toxischem Maisextracte behandelten Tiere nach einer gewissen Zeit starben, die mit Extract und Blutserum behandelten unvergleichlich länger lebten oder überhaupt nicht zu Grunde gingen.

Die Pathogenie der Pellagra von Prof. Babes (Roman. med. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft).

**Pentosurie.** Die Bedeutung der Pentosurie ist, wie Dr. Bial (Kissingen) und Dr. Blumenthal (Berlin) auseinandersetzen, deshalb von grosser praktischer Wichtigkeit, weil Pentosurie leicht mit Melliturie verwechselt werden kann. Pentosenurin lässt ständig einen positiven Ausfall der üblichen Zuckerproben, Reduction der Fehling'schen und Nylander'schen Lösung erkennen, u. zw. in einer Stärke, als ob ein diabetischer

Digitized by Google

Urin von etwa $^1/_2$ % Gehalt vorläge; die Phenylhydrazinprobe fällt auch positiv aus, erst der negative Ausfall der Gährungs- und Polarisationsprüfung lässt den Unterschied erkennen. Die Verfasser haben mit einem Pentosuriker Stoffwechselversuche angestellt und folgende Ergebnisse erzielt. Der Patient zeigt vollkommene Verbrennungsfähigkeit für sechsatomigen Zucker im Gegensatze zum Diabetiker. 100 g Traubenzucker, nüchtern eingenommen, wurden glatt verbrannt, im Harne war kein Zucker nachweisbar. Von 100 g Lävulose erschien nichts, von 100 g Galactose nur 5 g im Harne wieder. Nach Injection von 0,5 g Phlorrhidzin wurden 21 g Zucker ausgeschieden, daneben aber auch die gewöhnliche Menge der Pentose; es wurde also ganz wie bei Gesunden der im Blute kreisende Traubenzucker vom Phlorrhidzin abgefangen und durch die Niere durchgepresst. Weder Erhöhung der Kohlehydratzulagen, noch vermehrte Einnahme von Nucleinen änderte die ausgeschiedene Pentosenmenge, welche 4 bis 7 g pro die entsprach. Die Bildungsstätte der Pentose im Organismus ist nicht die Niere, weil sie im Aderlassblute gefunden wurde. Der Patient mit Pentose hatte ein mindestens ebenso gutes Ausnützungsvermögen für Pentosen, wie ein Gesunder. Gab man ihm 50 g l-Arabinose ein, so fand man, dass er nur 6 g davon ausschied. In welchem Organe die Quelle der Bildung der Pentose zu finden sei, das ist eine Frage, die vorläufig am Lebenden nicht zu entscheiden ist.

Auch Dr. Meyer (Berlin) teilt einen Fall von chronischer Pentosurie mit. Es bestand Abmagerung, Schwäche, Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Kreuzschmerz, Neuralgien. Keine Organveränderung. Trommer und Moore positiv. Polarisation und Gährung negativ. Orcinprobe positiv. Therapie: Gemischte Diät.

Beobachtungen und Versuche bei chronischer Pentosurie von DDr. Bial und Blumenthal (Deutsch. med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 27). — Ueber chronische Pentosurie von Dr. Meyer (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 30).

**Pest.** Die Peststation im Institut für Infectionskrankheiten hat sich u. A. zur Aufgabe gemacht, die Erfahrungen, welche von den Mitgliedern der Pestcommission gemacht waren, nachzuprüfen und zu erweitern, ebenso wie weitere Versuche über die Wirksamkeit von Schutzimpfungsverfahren und Pestserum anzustellen. Es wurden, wie Dr. Kolle mitteilt, die Versuche, welche die morphologischen und biologischen Merkmale der Pestbakterien, sowie die pathogenen Eigenschaften derselben klarlegen, an 15 Culturen, die aus Oporto stammten, an einer Cultur aus Paris und drei Culturen aus Alexandrien angestellt. Trotz der Abstammung sämmtlicher Culturen aus Blut oder Leichenteilen mit Pest behafteter Personen zeigten sich die verschiedensten Abweichungen. Die Tierexperimente erstreckten sich auf Mäuse, Ratten, Tauben und Hühner, Katzen und auf die Uebertragbarkeit durch Wanzen und Flöhe. An Affen wurden die Versuche aus verschiedenen Gründen nicht wiederholt. Nachdem dann der Danysz'sche rattenpathogene Bacillus aus dem Pasteur'schen Institut einer Nachcontrolle unterzogen und die verhältnissmässig geringe Wirksamkeit desselben festgestellt war, ging man zur Frage der activen und passiven Immunisirung mit Pestbakterien über. Letztere, welche mit Pestserum aus dem Pasteur'schen Institut angestellt wurde, konnte nicht als besonders wirksam angesehen werden, wenngleich mit einem wirksameren neue Versuche erst gemacht werden sollen. Als zweckmässiger erscheint die active Immunisirung mit einem Vaccin, welches Kolle aus Agarculturen, nicht aus Bouillonculturen, herstellte. Doch auch hierüber sind die Versuche noch nicht abgeschlossen.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft berichtete Dr. Hahn (München) über Beobachtungen, die er bezüglich der Pest bei einem $2^1/_2$ monatlichen Aufenthalte in Bombay und anderen Teilen Indiens angestellt hat. Die Schutzimpfung (Haffkin's) wird in verhältnissmässig grossem Maassstabe vorgenommen, das Resultat ist aber noch unsicher. Ein gewisser Schutz ist aber nicht von der Hand zu weisen. Man wendet jetzt das Pestheilserum zur Erlangung einer brauch-

Digitized by Google

baren Statistik so an, dass man ohne Unterschied jeden in's Spital eintretenden zweiten Patienten damit behandelt; dabei will man eine Herabminderung der sonst über 90% betragenden Sterblichkeit um (nicht auf) 12% erreicht haben. Eine allgemeinere Verwendung dieses Serums ist aber noch nicht möglich, da viel zu grosse Dosen nötig (100 ccm Einzeldosis, bis 1500 in der Gesammtdosis) und solche Mengen nicht herstellbar sind. Die Aussichten auf ein wirksames Serum sind aber vorläufig gering, da es bis jetzt nur bactericides Serum gibt und kein antitoxisches. Die Pest ist aber nach seinen Untersuchungen nur kurz vor dem Tode eine Sepsis, sonst eine Toxämie. So muss eine Besserung der Zustände zunächst von einer Besserung der hygienischen Verhältnisse erwartet werden. Diese dürften aber nicht so schnell zu erreichen sein, da hiezu eine bessere Erziehung und Schulbildung des ganzen Volkes nötig ist.

Dr. Brownlee gibt Bericht über die Erfahrungen mit Yersin'schem Serum, die er während der vorjährigen Pestepidemie in Glasgow sammeln konnte. Die Fälle waren viel milder, als die, welche man in Indien sieht. Autor meint, dass die subcutane Einverleibung von 10 ccm des Serums zwar nicht unbedingt sicher, aber doch in vielen Fällen vor der Krankheit schützt. Bricht die Krankheit trotz der prophylaktischen Einspritzung aus, so verläuft sie milder. Die Heilwirkung des Serums ist, selbst wenn es erst spät in der Krankheit gegeben wird, eine sehr merkliche, aber nur dann, wenn die Einverleibung intravenös erfolgt; bei subcutaner Einspritzung ist der Erfolg nur gering und kommt dies vielleicht daher, dass das Lymphsystem als biologisches Filter für das Serum wirkt und dass auf diese Weise von den regionären Drüsen der grösste Teil der Antitoxine zurückgehalten wird und nur geringe Mengen in den Kreislauf gelangen. Stets gebe man grosse Anfangsdosen (60 ccm intravenös); will man überhaupt subcutan einspritzen, so injicire man nur an einer Stelle, deren Lymphsystem direct zum Bubo führt.

**Bericht über die Thätigkeit in der zu Studien über Pest eingerichteten Station des Instituts für Infectionskrankheiten 1899/1900 von Dr. Kolle (Zeitschr. f. Hyg. u. Infect.-Kr. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 20). — Dr. Hahn über einige Beobachtungen während der diesjährigen Pestepidemie in Bombay in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Münchener med. Wochenschrift Nr. 28). — Die Serotherapie der Pest von Dr. Brownlee (Scott. Med. and Surg. Journ. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 43).**

**Petrosapol und Petrosulfol.** Petrosapol ist ein seifenhaltiger, aus Petroleumrückständen dargestellter Körper von brauner Farbe und salbenartiger Consistenz, der als Salbengrundlage, allein oder mit Vaseline, verwendet wird. Petrosulfol ist ein in Wasser lösliches Ammonsalz eines aus dem Tiroler Steintheer gewonnenen Oeles. Beide Präparate, die von der Firma G. Hell & Co.-Troppau in den Verkehr gebracht werden, hat Prof. Ehrmann (Wien) an einem grossen Material auf ihren therapeutischen Wert geprüft. Niemals traten Reizerscheinungen in die Beobachtung, während die Heilerfolge bei Hautleiden sehr befriedigende waren. Auf Grund seiner mannigfachen Erfahrungen gibt Verfasser folgende Auslese praktisch erprobter Anwendungsformen:

1. Zur Vorbehandlung stark nässender Ekzeme, bei Ekzemen der Kinder, bei impetiginösem Ekzem:

| | | |
|---|---|---|
| | Petrosapol. | 30,0, |
| | Vaselin. | 30,0, |
| | Resorcin. | 2,0; |
| oder: | Petrosapol. | 20,0, |
| | Vaselin.-flav. | 40,0, |
| | Resorcin. | 2,0. |

2. Bei wenig nässenden Ekzemen:

| | |
|---|---|
| Petrosulfol. | 10,0, |
| Lanolin. | 30,0, |
| Vaselin. | 30,0, |
| Oxyd. zinc. | 10,0, |
| Amyl. | 10,0. |

3. Bei chronischen Ekzemen mit Hautverdickung:

| | |
|---|---|
| Petrosapol. | 10,0, |
| Vaselin. | 10,0. |

S. Auf Leinwand gestrichen aufzulegen;

| | | |
|---|---|---|
| oder: | Petrosulfol. | 10,0, |
| | Vaselin. | 10,0, |
| | Petrosapol. | 50,0. |

Digitized by Google

4. Bei Eczema seborrhoicum und impetiginosum, Impetigo contagiosa:

| | |
|---|---|
| Petrosapol. | 50,0, |
| Mercur. praecip. albi | 2,0—5,0, |

Dasselbe für Psoriasis.

5. Bei schuppenden, chronischen Ekzemen:

| | |
|---|---|
| Ol. Rusci. | 10,0, |
| Petrosapol. | 20,0, |
| Vaselin. | 20,0, |
| Oxyd. zinc. | 5,0—10,0. |

Die Salbe kann durch weiteren Zusatz von Amylum so zähe gemacht werden, wie es wünschenswert ist.

6. Bei Scabies:

| | |
|---|---|
| Epicarin. oder Naphtol. | 15,0, |
| Petrolan. | 70,0, |
| Vaselin. | 70,0. |

7. Bei Herpes tonsurans vesiculos et maculosus (Pityriasis rosea):

| | | |
|---|---|---|
| | Epicarin. | 5,0, |
| | Petrolan. | 50,0, |
| | Vaselin. | 50,0. |

Nur einen Tag anwenden,

| | | |
|---|---|---|
| dann: | Glycerin. | 5.0, |
| | Petrosulfol. | 5,0, |
| | Lanolin. | 25,0, |
| | Vaselin. | 25,0; |
| bezw.: | Petrosulfol. | 6,0, |
| | Vaselin. | 20,0, |
| | Oxyd. zinc. | 10,0, |
| | Talci veneti. | 10,0. |

8. Bei chronischen Ekzemen des Scrotums und des Anus:

| | | |
|---|---|---|
| | Resorcin. | 2,0, |
| | Petrosapol. | 20,0, |
| | Vaselin. | 30,0, |
| | Oxyd. zinc. | 5,0, |
| oder: | Resorcin. | 2.0, |
| | Petrosapol. | 20.0, |
| | Vaselin. | 20,0, |
| | Oxyd. zinc. | 10,0; |
| oder: | Resorcin. | 6,0, |
| | Petrolan. | 40,0. |

9. Bei Acne vulgaris und pustulosa Abends anzuwenden, Morgens abzuwaschen:

| | |
|---|---|
| Resorcin. | 6,0, |
| Petrolan. | 40,0. |

Ueber therapeutische Versuche mit Petrosapol und Petrosulfol von Prof. Ehrmann (Klin. ther. Wochenschr. — Medico Nr. 41).

**Pharmaceutische Technik.** Der von Dieterich eingeführte „brausende Leberthran" ist, wie Dr. Aufrecht (Berlin) behauptet, nahezu geruchlos, von hellblanker Beschaffenheit, frei von kratzendem Geschmack und moussirt stark, wobei der dem Thrane eigentümliche Geschmack zunächst ganz in den Hintergrund tritt. Erst nach dem Schlucken kommt ein eigentümlicher, aber nicht unangenehmer Beigeschmack kaum merkbar zur Geltung. Neben diesem Vorzuge, der das Einnehmen wesentlich erleichtert, ist noch die grössere Haltbarkeit der mittels Kohlensäure imprägnirten Thrane zu betonen. In chemischer Hinsicht unterscheidet sich der brausende Leberthran nur unwesentlich von den gewöhnlichen Medicinal-Leberthranen. Die chemische Fabrik Helfenberg, vorm. Eugen Dieterich, stellt neben dem einfachen brausenden Leberthran noch folgende medicamentöse Zusammensetzungen her: Brausender Eisenleberthran mit 0,01 Fe in 15 g, Jodeisenleberthran mit 0,01 $FeJ_2$, Phosphoreisenmanganleberthran mit 0,01 Fe, 0,0015 Mn, 0,0015 P, Jodeisenmanganleberthran mit 0,01 Fe—$MnJ_2$, Jodschwefelleberthran mit 0,01 $J_2S_2$, Phosphorleberthran mit 0,0015 P. Bei der Prüfung, inwieweit nach dem Dieterich'schen Verfahren mit $CO_2$ hergestellte Phosphoröle bezüglich ihrer Haltbarkeit ein anderes Verhalten zeigen als gewöhnliche Phosphoröle, ergaben sich bemerkenswerte Schlüsse. Verfasser untersuchte acht Phosphorölproben, welche sämmtlich über zwei Monate alt und am gleichen Tage hergestellt waren; mit Ausnahme von einer Probe fand sich in sämmtlichen Destillaten freier Phosphor vor. Aus Verfassers Zahlen ergibt sich die Thatsache, dass der in gewöhnlichen Oelen ohne $CO_2$ gelöste Phosphor verhältnissmässig rasch oxydirt wird und hierdurch seine volle Wirksamkeit einbüsst. Dagegen werden die mit $CO_2$ imprägnirten Oele, selbst wenn sie unverschlossen aufbewahrt werden, längere Zeit vor Zersetzung bewahrt.

Ueber brausende Leberthrane und Phosphoröle von Dr. Aufrecht (Pharm. Zeitg. — Medico Nr. 51).

Digitized by Google

**Phimosis.** Dr. Schloffer (Prag) macht bei der Phimosenoperation gar keinen oder nur einen sehr kurzen Einschnitt in beide Vorhautblätter und spaltet das äussere Blatt für sich schräg, ebenso das innere, aber nach der anderen Seite hin; dadurch kommt ein rhomboider Wundspalt zusammen, der genäht wird. Diese Methode bietet gegenüber der üblichen Incision einen kosmetischen Vorteil, in dem bei ihr die hängenden Vorhautlappen vermieden werden.

Zur Technik der Phimosenoperation von Dr. Schloffer (Centralbl. f. Chir. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43).

**Phosphaturie.** Mit dem Namen erdige Phosphaturie bezeichnet Prof. Robin ein Symptom, das durch die Entleerung eines weisslichen, milchartigen Urins am Ende oder im Verlauf der Miction characterisirt ist. Diese veränderte Beschaffenheit verdankt der Urin einer gesteigerten Ausscheidung von phosphorsaurem Calcium und Magnesium, während die Gesammtphosphorsäure nicht vermehrt, die phosphorsauren Alkalien aber entsprechend vermindert sind. Diese erdige Phosphaturie tritt in zwei Formen auf: Ein Teil der Kranken — und das sind die leichteren Fälle — klagt über ein Gefühl von Wärme und Brennen in der Urethra während, aber auch ausserhalb der Miction. Der Urin zersetzt sich schnell. Dazu gesellen sich neurasthenische Symptome: Anfälle von Dyspnoë, von Tachykardie, Uebelbefinden, grosse Mattigkeit des Morgens beim Aufstehen, Körperschwäche. Bei der schwereren Form treten die genannten Symptome in gehäuftem und verstärktem Maasse auf. Die Kranken sind anämisch, klagen über Kältegefühl, der Urin ist nicht allein milchig, sondern schlammig, zuweilen sehr dick. Manchmal werden sogar Concretionen entleert. Die sehr schmerzhafte Miction dauert eine Viertelstunde und darüber. Alle diese Erscheinungen haben ihre Quelle in einer Dyspepsie. Therapeutisch handelt es sich zunächst um die Bekämpfung der schmerzhaften Krisen bei der Miction. Das geschieht durch Verordnung reichlichen Getränks: Man lässt rasch hintereinander zwei Glas eines indifferenten Mineralwassers, oder eine grosse Tasse Saubohnen- oder Maulbeerblätterthee trinken. Wiederholen sich die schmerzhaften Mictionen, so lässt man daneben Bromkali in Grammdosen nehmen oder Opium- bezw. Belladonnasuppositorien einführen. Die Dyspepsie erfordert eine 14tägige absolute Milchdiät, wenn dadurch auch zuweilen die Phosphaturie verstärkt wird. Nach Ablauf dieser Zeit kehrt man langsam zu gemischter Kost zurück. Daneben lässt man die Coutaret'sche Mixtur gebrauchen:

Rp.: Acid. sulf. 2,6
Acid. nitr. 0,8
Alcohol 18,0
Adde post 48 horas
Aquae 150,0
Syr. citri 100
D. S. 2—4 Esslöffel täglich.

Erdige Phosphaturie dyspeptischen Ursprungs von Prof. Robin (Presse méd. — Ther. Monatsh. 8. Heft).

**Pichi-Pichi.** Unter dem Namen Urosteril-Tabletten wird von der Löwenapotheke das Trockenextract Pichi-Pichi in den Handel gebracht, welches, wie Dr. Friedländer mitteilt, die Wirkungen der Balsamica ohne ihre unerwünschten Nebenwirkungen hervorruft. Es soll die Acidität des Urins erhöhen und die Affectionen der Harnorgane günstig beeinflussen. Das Trockenextract wird auch mit Salol und Tannin combinirt zu Tabletten zusammengepresst, die bei Cystitis günstige Wirkung haben sollen. Von den nur Pichi-Extract enthaltenden mit der Bezeichnung „Nr. I" werden 3—4 Stück pro Tag nach dem Essen genommen, während von den mit einem Zusatz von Salol und Tannin versehenen Tabletten mit der Bezeichnung „Nr. II" 6—10 Stück pro Tag genommen werden können.

Ueber das Extractum Pichi-Pichi siccum von Dr Friedländer (Ther. Monatsh. 9. Heft).

**Pilocarpin.** Wie Dr. Lilienfeld (Prag) mitteilt, zeigen Pilocarpinlösungen öfters statt der ihnen zukommenden pupillenverengenden Wirkung die entgegengesetzte, eine mydriatische Wirkung.

Digitized by Google

Dies kommt nach Autor dann vor, wenn dem Pilocarpin, das aus den Folia jaborandi hergestellt wird, Spuren von Jaborin anhaften.

Ueber mydriatische Wirkung der Pilocarpinlösung von Dr. Lilienfeld (Centralbl. für prakt. Augenheilk. 5. Heft).

**Plattfuss.** Prof. Pál (Wien) hat in einigen Fällen bei Plattfuss zugleich das Symptomenbild von Meralgia paraesthetica festgestellt und sieht in dem ersteren ein ätiologisches Moment für letztere. Instruktiv war namentlich die Beobachtung eines Patienten, bei dem sich, ein nicht seltenes Vorkommniss, mit zunehmender Fettleibigkeit bei gracilem Knochenbau erst auf einer, dann auf der anderen Seite ein Plattfuss ausbildete und congruent damit die Zeichen der Meralgie einstellten, welche verschwand, als es gelang, gegen den Plattfuss wirksam vorzugehen.

Meralgia paraesthetica, ein Plattfusssymptom von Prof. Pál (Wiener med. Wochenschr. Nr. 14).

**Pleuritis.** Eine Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum ist, wie Dr. Rotschild auseinandersetzt, eine mehr oder minder concentrirte Salz- und Eiweisslösung, die als solche nicht physiologischer, sondern physikalischen Gesetzen, namentlich denjenigen der Osmose unterliegt. Wenn ein Exsudat im Pleuraraum eine geringere moleculare Concentration als das in den Capillaren der Pleura befindliche Blut aufweist, muss lediglich nach den Gesetzen des osmotischen Druckes von dem Blut ein Teil des Exsudates angesaugt werden. Hat jedoch das Exsudat eine höhere moleculare Concentration als das Blut, so wird es einerseits eine wasseranziehende Kraft ausüben auf das Blutserum, und trotz Ablauf des ursprünglich vorhandenen Entzündungsprocesses wird die im Pleuraraum befindliche Flüssigkeitsmenge solange zunehmen, bis deren moleculare Concentration gleich geworden ist derjenigen des Blutes. Um mehrkammerige Exsudate, die einen höheren osmotischen Druck besitzen als das Blut, zur Resorption zu bringen, ist es nötig den osmotischen Druck des Blutes zu erhöhen. Zu diesem Zwecke steht eine Reihe von Mitteln zur Verfügung. Die Diät ist insofern von Einfluss auf den osmotischen Druck des Blutes, als eine eiweissreiche Nahrung durch den Zerfall ihrer complicirten Molecüle in eine grosse Zahl einfacher Molecüle den osmotischen Druck des Blutes erhöht. Grosser Kochsalzgehalt der Nahrung bewirkt dasselbe. Auch Schwitzproceduren erhöhen den osmotischen Druck des Blutes. Auf experimentellem Wege ist es gelungen, durch endovenöse NaCl-Einspritzungen dasselbe Ziel zu erreichen. Verfasser hat mit Hughes constatirt, dass Salzbäder, deren osmotischer Druck grösser ist, als der des Blutes eine Erhöhung des osmotischen Druckes des Blutes herbeizuführen im Stande sind, und er ist der Ansicht, dass auf dieser Thatsache die bisher unerklärte resorbirende Wirkung der Soolbäder auf alte, abgekapselte Exsudate zurückzuführen ist.

Prof. v. Ssaweljew hat bei Pleuritis exsudativa recht günstige Wirkung vom Aspirin gesehen.

Neue Gesichtspunkte in der Pathologie und Therapie der Pleuritis von Dr. Rothschild (Deutsch. Aerzte-Zeitg. Nr. 11). — Aspirin bei exsudativer Pleuritis von Prof. v. Ssaweljew (Allg. med. Central-Zeitg. — Medico Nr. 29).

**Pneumin.** Das Pneumin ist seiner Zusammensetzung nach ein Gemenge der Methylenverbindungen der im Buchenholztheer vorkommenden Phenole und deren Ester, hauptsächlich Methylendiguajacol, ferner Methylendicreosol, Methylendiparacreosol u. A. Dr. Jacobson konnte bei Tieren feststellen, dass das Präparat frei von jeder örtlich reizenden Wirkung und auch bei lange fortgesetzter Darreichung in Tagesdosen von 0,5 g gut vertragen wird. Auch die von Jacobson an Tuberculösen gemachten Erfahrungen waren sehr günstig. Das Mittel wurde gut vertragen, der Appetit hob sich, das Körpergewicht nahm zu, Husten und Nachtschweisse wurden günstig beeinflusst. Es wurde in Einzeldosen von 0,5 bis zu 2 g täglich gegeben. Ein Vorzug ist, dass das Pneumin geschmacklos ist und ohne weitere Zusätze auch als Schachtelpulver dispensirt werden kann, wodurch die Verordnung eine billige wird.

Digitized by Google

Ueber Pneumin von Dr. Jacobson (Centralbl. f. d. ges. Ther. 9. Heft).

**Pneumonie.** In einer interessanten Arbeit beschäftigt sich Dr. Simon (Karlsbad) mit dem noch wenig bekannten Heilungsstadium der Pneumonie, insbesondere mit der Chemie des Resolutionsprocesses, ausgehend von der Annahme, dass hierbei den weissen Blutkörperchen eine wichtige Rolle zufällt. Der physiologische Lösungsvorgang bei der Pneumonie dürfte bedingt sein durch Fermente, die von den zerfallenden Leukocyten geliefert werden. Diese Auffassung wird gestützt durch das Verhalten des Urins, der zur Zeit der Pneumoniekrisis peptonhaltig wird, was durchaus mit der Annahme stimmt, dass Peptonurie ein Zeichen von Gewebseinschmelzung ist. Als Muttersubstanz des Peptons wäre das Fibrin anzusehen, das ja bei Heilung der Pneumonie aus dem Körper verschwindet, indem das aus den zerfallenden Leukocyten stammende Ferment eiweissverdauend wirkt. Dieser Vorgang ist ein Act der Selbstreinigung des Organismus; die absterbende Zelle selbst enthält schon Vorrichtungen, um den todten Zellleib in Lösung zu bringen und aus dem Körper zu schaffen. Die bei der Lösung des Fibrins von Pneumonien zum Teil in den Harn übergehende Aminosäuren entstehen dort, wo eine regressive Metamorphose vor sich geht und stellen ebenso wie die Peptonurie einen Ausdruck von Gewebseinschmelzung dar.

Die Mannigfaltigkeit der mit der Pneumonie verbundenen Lebensgefahren verlangt es nach Dr. Pässler (Leipzig), dass wir bei der Behandlung der Krankheit in weitem Maasse individualisiren. Man muss dafür sorgen, dass durch ausgiebige Atmung und genügende Expectoration eine Stagnation des infectiösen Materials in den Bronchen der infiltrirten Lungenpartieen nach Möglichkeit verhütet wird. Ein Haupthinderniss bilden dabei die Brustschmerzen, welche man beseitigen muss. Sind es weniger die Brustschmerzen als ein schwerer Allgemeinzustand, Benommenheit des Sensoriums, ein Status typhosus, welche die ausgiebige Atmung und genügende Expectoration verhindern, so ist die Behandlung mit lauen oder auch kühlen Bädern am Platze. Die Indication für ihre Anwendung liegt nicht in der Höhe der fieberhaften Temperatursteigerung, sondern in der Forderung einer belebenden Einwirkung auf das Sensorium und auf die Respiration. Die Behandlung derjenigen Pneumonien, bei denen die Lebensgefahr durch Complicationen droht, wird sich in erster Linie gegen die Gefahren der letzteren zu richten haben. Zur Hebung des in Folge von Vasomotorenlähmung gesunkenen Blutdruckes empfiehlt sich am besten Campher und insbesondere das Coffeïn. Die Coffeïnwirkung erfolgt sehr gleichmässig und hält länger an. Verfasser verwendet das Coffeïnum natrosalicylicum und injicirt davon vier- bis sechsmal täglich 0,2 g in 1 ccm Wasser.

Prof. Brieger (Berlin) wendet bei Pneumonie milde hydriatische Proceduren an. Kinder bekommen prolongirte (bis zehn Minuten währende) heisse Bäder (37—38° C.) mit nachfolgender Trockenpackung. Gute Erfolge selbst bei schwächlichen Kindern. Diese Proceduren sind aber für erwachsene Pneumoniker unerträglich, für Greise und Fettleibige bedenklich. Für derartige Patienten zieht Brieger deshalb Brustpackungen mit in stubenkaltes Wasser getauchten und dann gut ausgerungenen Laken vor, die in üblicher Weise mit trockener Leinwand bedeckt werden. Besteht höhere Temperatur, so werden diese Packungen des Oefteren gewechselt, bis die Körpertemperatur auf 39° C. herabgesunken ist. Alsdann bleibt die Packung so lange liegen, bis Schweissausbruch erfolgt. Es empfiehlt sich dabei, den Patienten recht viel warme Getränke, Potatoren auch mässige Alkoholgaben zuzuführen. Auf den Schweissausbruch, den man so lange andauern lässt, als Patient es verträgt, respective die Pulsverhältnisse es zulassen, folgt eine kurze kühle Waschung. Selbst nur bei einmal täglicher Vornahme dieser Procedur empfinden die Patienten Erleichterung und der ganze Krankheitsprocess scheint einen milderen Verlauf zu nehmen. Besonders dankbare Objecte hierfür scheinen die

Digitized by Google

Influenzapneumonien mit dem in ihrem Gefolge oft unvermutet auftretenden Herzcollaps zu sein. So konnte Brieger selbst bei mehreren Diabetikern mit Influenzapneumonie einzig durch diese localen Packungen das drohende Verhängniss abwenden. Selbst äusserst fettleibige Personen vertragen sehr wohl diese Schwitzpackungen. Brieger glaubt, in dieser Weise der Natur zu folgen, die uns durch den kritischen Schweissausbruch mit ihrer Consequenz, der Euphorie, und mit dem nachfolgenden raschen Abklingen des ganzen Krankheitsprocesses einen Wegweiser gibt, wie wir unseren Kranken zu Hilfe eilen können. Zur Entlastung der bluterfüllten Organe wird dieser von der Natur eingeleitete kritische Schweissausbruch in erster Linie beitragen. Das gleiche Ziel müssen wir mit den besagten milden Proceduren zu bewerkstelligen suchen, ohne das Herz in Mitleidenschaft zu ziehen.

Dr. Bormans berichtet, dass die Anwendung heisser Bäder bis zu 44° C. (nach dem Vorgange von Ortner) von den Pneumonikern gut vertragen wird. Die Aufregung, die pleuritischen Schmerzen beruhigen sich, es entsteht reichliche Schweissabsonderung, der Blutdruck wird zumeist erhöht, die Temperatur jedoch nicht herabgesetzt. Wahrscheinlich beruht die günstige Wirkung darauf, dass durch das Bad ein grösserer Blutzufluss zu den peripheren Gefässen statthat, der kleine Kreislauf entlastet wird und mit dem abundanten Schweisse Toxine ausgeschieden werden.

Dr. Tagesson-Möller (Frankfurt a. M.) schildert eine manuelle Behandlungsmethode der croupösen Pneumonie, die schon seit vielen Jahren in Schweden geübt wird. Um zunächst die Seitenstiche zu beseitigen, hat man in den Intercostalfrictionen ein Mittel, welches viel schneller wirkt als die Einpackungen. Die Technik ist folgende: Der Arzt sucht durch Betasten der verschiedenen Intercostalräume die schmerzhaftesten Stellen an der kranken Seite auf. Hier macht der Arzt mit den Fingerspitzen der einen Hand kleine, aber sehr energische Frictionen, während er mit der anderen Hand die gleichen Manipulationen auf der entsprechenden Stelle der anderen Seite macht, oder wenn der Hauptschmerz an der Vorderseite des Thorax ist, mit der anderen Hand an der gegenüberliegenden Stelle derselben Seite. Es werden sodann Seitenerschütterungen des Thorax und Herzerschütterungen mit sehr leichter Hand gemacht. In der Herzerschütterung, die immer eine grosse technische Fertigkeit voraussetzt, um nicht schädlich zu wirken, hat man ein vorzügliches Mittel, das Herz zu stimuliren, den Puls voller und ruhiger zu machen. Man kann in dieser Weise bei einer Pneumonie die Pulsfrequenz bedeutend vermindern. Durch Vibrationen mit der vollen Hand auf den entsprechenden Thoraxabschnitt wird auf das erkrankte Lungengewebe indirect und in günstiger Weise eingewirkt und die Lösung beschleunigt. Dann besorgt man durch eine Bauchmassage eine regere Peristaltik der Därme, einen besseren Blutumlauf im Unterleibe, auch wohl eine vermehrte Harnabsonderung. Gegen Kopfweh macht man Frictionen der verschiedenen Kopfnerven, speciell der Cervical- und Occipitalnerven, und als blutableitendes Mittel ein doppelseitiges Fussrollen. Weiter werden Frictionen der Spinalnerven längs der Wirbelsäule gemacht. Diese Nervenreizungen hatten auch einen Einfluss auf die Schweisssecretion; es erfolgt nach diesen Manipulationen ein mehr oder weniger kräftiges Schwitzen von Seiten des Patienten. Oft folgt dieser Erscheinung schon unmittelbar oder eine halbe Stunde nachher eine Temperaturerniedrigung. Wo es dem Arzte oder einem Assistenten die Zeit erlaubt, ist jede dritte oder vierte Stunde diese Behandlung auszuführen. In diesem Falle empfiehlt Verfasser nur für die Nacht eine kalte Einpackung; wo aber nur Morgens und Abends behandelt werden kann, sind kalte Umschläge auch während des Tages sehr zu empfehlen.

Die von Aufrecht inaugurirte Behandlung der Pneumonie mit subcutanen Chinininjectionen hat sich, wie Dr. Petzold mitteilt, bewährt. Wenn auch der anatomische Process in der Lunge selbst durch Chinin nicht beeinflusst wird, so war es doch in allen complicirten

Digitized by Google

Fällen von so unverkennbar günstigem Einfluss auf das Allgemeinbefinden, dass es Verfasser geradezu als eine Art Antitoxin gegen das Diplokokkengift betrachtet. Allerdings werden dadurch die durch die Pneumonie selbst bedingten Complicationen nicht verhütet, insbesondere ist es ohne Einfluss auf Icterus und Nephritis; von der symptomatischen Behandlung ist ausserdem noch entsprechender Gebrauch zu machen (gegen Seitenstechen Morphium, bei Delirium tremens Chloralhydrat, bei Aborten intrauterine Spülungen, bei Schwächezuständen Excitantien etc.). Indicirt ist die Behandlung mit Chinin bei allen Pneumonien, die Personen über 15 Jahre betreffen, wenn darunter, nur in sehr complicirten Fällen. So lange Gefahr besteht, soll täglich eine Injection gemacht werden, wozu man bei Erwachsenen 0,5 g Chinin hydrochlor. gebraucht, bei Personen zwischen dem 10. bis 15. Lebensjahre 0,25 g. Wegen der relativ grossen Menge der Injectionsflüssigkeit — das Chinin hydrochlor. löst sich im Verhältniss 1 : 34 Aq. dest., so dass 17 g Flüssigkeit für eine Injection nötig sind — empfiehlt es sich, als Injectionsstelle die Seitenteile des Abdomens zu wählen, wo das Zellgewebe ganz besonders locker ist und die Flüssigkeit leicht aufnehmen kann. Neben peinlicher Sauberkeit ist darauf Gewicht zu legen, dass sich die Nadel wirklich im subcutanen Gewebe befindet, weil sonst leicht Abscesse entstehen.

Dr. Stepp (Nürnberg) zeigt an der Hand von 53 Krankengeschichten die Wirkung des Aqua fluoroformii bei acuter Pneumonie. Die Temperatur wird in den meisten Fällen rasch herabgesetzt, die Dauer der Krankheit abgekürzt, wobei sich bald allgemein eine grosse Euphorie bemerkbar macht. Erwachsene erhalten stündlich einen Esslöffel Fluoroformwasser.

Dr. Talamon (Paris) berichtet über seine Methode der Behandlung der Pneumonie mit dem Roux'schen Diphtherieserum, welche er bisher in 50 Fällen zur Anwendung gebracht hat. Von diesen 50 Kranken sind nur 7, das heisst 14% gestorben, wobei nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass das durchschnittliche Lebensalter der Kranken 41 Jahre betrug, sowie dass, abgesehen von acht Kranken, alle anderen mehr oder weniger mit chronischem Alkoholismus behaftet waren. Die Anwendung des Serums soll möglichst früh, jedenfalls vor dem fünften Krankheitstage erfolgen. In leichten Fällen genügt oft eine einzige Einspritzung von 20 ccm, bei schwereren sind täglich eine, eventuell auch zwei Injectionen zu verabreichen. Verfasser ist bis zu 200, respective 260 ccm gegangen und hat hierbei niemals andere unangenehme Erscheinungen constatiren können, als das Auftreten von rasch vorübergehenden Erythemen und Gelenkschmerzen, und das nur in fünf Fällen. Niemals hat Verfasser nach Eintreten der Defervescenz, welche sich bei genügend zeitig angewendeten Injectionen oft schon am vierten bis fünften Krankheitstage eingestellt haben soll, postpneumonische Complicationen gesehen. Er glaubt daher, das Diphtherieserum als ein Heilmittel gegen die acute Pneumonie empfehlen zu können, welches von keinem anderen gegenwärtig üblichen erreicht wird, es sei denn, dass es sich um Brightiker, Herzkranke, oder mit schwerer Arteriosclerose Behaftete handelt, für welche eine acute Pneumonie ohnedies ein Todesurteil bedeutet.

Prof. Henle (Breslau) machte auf dem deutschen Chirurgencongress Mitteilung über seine Untersuchungen, die sich auf die im Anschluss an Laparotomien auftretenden Lungenentzündungen beziehen. Sie kommen bei Männern häufiger vor, als bei Frauen, was vielleicht im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch bei ersteren steht. Der Verlauf dieser Pneumonien ist ein leichterer und günstigerer, wenn sie nach Operationen bei benignen Erkrankungen als wenn sie nach Exstirpation maligner Tumoren auftreten. Tierversuche haben Henle's Annahme bestätigt, dass bei der Aetiologie dieser Pneumonien die langdauernde Abkühlung der Kranken während der Operation eine gewisse Rolle spielt; ferner kommen ätiologisch in Betracht besondere Veranlagung, frische Reizzustände der Respirations-Organe, Fremdkörper, welche durch Aspiration in die Lungen geraten. Uebertragung von Ent-

Digitized by Google

zündungskeimen, die von einem anderen Herde im Körper ausgehen. Henle glaubt, dass vor Allem die Abkühlung des Patienten während der Operation vermieden werden müsse.

Dr. Kümmell (Hamburg) beobachtete bei 1070 Laparotomien 40 Fälle von Pneumonie, von denen 29 einen tödtlichen Verlauf nahmen; meistens handelte es sich dabei um sehr decrepide Individuen, die bereits vorher mit Entzündungen der Respirationsorgane behaftet waren; er glaubt, dass diese Gefahr durch zweckmässige Prophylaxe, häufigen Lagewechsel zu beschränken ist.

Untersuchungen über die Lösungsvorgänge bei der croupösen Pneumonie von Dr. Simon (Deutsch. Arch. f. klin Med. — Münchener med. Wochenschrift Nr. 36). — Zur Behandlung der fibrinösen Pneumonie von Dr. Pässler (Münchener med. Wochenschr Nr. 8 u. 9). — Zur hydriatischen Behandlung d. Lungenentzündung von Prof. Brieger (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther 5. Bd. 1. Heft). — Behandlung der Lungenentzündung mit heissen Bädern von Dr. Bormans (Gaz. d. osp. — Wien. klin. Wochenschr. Nr. 37). — Zur Therapie der croupösen Pneumonie von Dr. Tagesson-Möller (Wiener med. Blätter Nr. 52). — Die Behandlung der croupösen Pneumonien nach den vom 1. April 1897 bis 30. September 1900 beobachteten Fällen von Dr. Petzold (Deutsch. Arch. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 31). — Die Behandlung der acuten Pneumonie mit Fluoroform von Dr. Stepp (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10). — Behandlung der Pneumonie mit antidiphtherischem Serum von Dr. Talamon (Méd. mod. — Wiener med. Blätter Nr. 13). — Prof. Henle und Dr. Kümmell über die im Anschluss an Laparotomien auftretenden Lungenentzündungen auf dem deutschen Chirurgencongresse zu Berlin (Med. Neuigk. Nr. 9).

**Prostatakrankheiten.** In einer Uebersicht über die zur Behandlung der Prostatahypertrophie zu Gebote stehenden Mittel glaubt Prof. Posner (Berlin), dass die urethrale Prostatomie nach Bottini, dessen Instrumentarium von Freudenberg verbessert wurde, aller Voraussicht nach eine weitere Ausbildung in dem Sinne erfahren werde, dass der Eingriff für die grösste Mehrzahl der Fälle als Frühoperation angewandt zu werden verdiene. Bottini's Methode besteht in der Anwendung einer durch einen starken elektrischen Strom zur Rot- und Weissglut gebrachten Klinge aus Platin-Iridium mit Wasserkühlung zum Schutze des umliegenden Gewebes, wobei man durch vorausgeschickte Cystoskopie sich über Zahl und Richtung der in der Prostata auszuführenden Einschnitte recht gut orientirt hat. Man könne sagen, dass diese Methode sich Bürgerrecht erworben und in vielen Fällen einen ausserordentlich grossen Nutzen geliefert habe. Der Effect derselben war oft am grössten in den Fällen, in welchen man ihn am wenigsten erwartete — in jenen alten, vorgeschrittenen Formen der Krankheit, in denen die Patienten die Fähigkeit, zu uriniren, schon seit Jahren eingebüsst hatten. Andererseits ist der Verlauf der Krankheit bei vorsichtigem Regime (Sorge für guten Stuhlgang, calmirenden Thee, eventuell Narcotica zur Herabsetzung des Reizes) und richtig geleitetem Katheterismus oftmals ein so günstiger, dass wir uns damit zufrieden geben können und das Risico der Operation nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, der von seinem Katheter loskommen möchte, aber nach genauer Aufklärung über Gefahr und Chancen des Eingriffes, übernehmen werden. Bei sehr heftigen Beschwerden, bei häufigem Harndrang, bei frühzeitigem Eintritt von Dilatation, die ein sehr oft wiederholtes Katherisiren notwendig macht, werden wir dagegen dringend zur Operation raten, deren Aussichten durch zu langes Warten (Cystitis, Infection des Nierenbeckens!) immer geringer werden. Auch für die Mehrzahl dieser Fälle dürfte zunächst die Bottini'sche Operation in Betracht kommen, neben ihr als schwererer, aber chirurgisch sicherer Eingriff die Sectio alta mit Prostatektomie; in den schwersten Fällen bleibt nur die Anlegung einer (suprapubischen) Blasenfistel übrig. Die Verantwortung für eine sexuelle Operation (Castration, Resection des Samenstranges) möchte Verfasser nicht übernehmen.

Eine Kritik der Bottini'schen Operation an 150 Experimenten und an 82 Präparaten von Prostatahypertrophie aus der Sammlung Guyon des Hospital Neher in Paris liefert Dr. Schlagintweit (München). Nach Schlagintweit bilden Contraindicationen gegen die Operation: Schwere Nephritis und Pyelitis-schwere eitrige Cystitis, schwerer Maras, mus. Discission der Blase bildet keine

Digitized by Google

absolute Gegenanzeige, da sich die Function des Detrusors schon mehrmals nach der Operation wieder einstellte. Ueble Zufälle: 1. Während der Operation: Verbiegen des glühenden Messers durch unruhiges Halten des Instrumentes, Durchbrennen der Klinge, Versagen des Stromes. Desshalb verwende man nie Accumulatoren, sondern nur direkten Strassenstrom mit Transformatoren. 2. Nach der Operation: Fieber nur wenige Tage und nur bei eitrigen Harnwegen, Nachblutung durch Schorfabstossung (4.—20. Tag), Thrombosen und Pneumonien ziemlich selten. Ausser der sehr leichten Handhabung des Instrumentariums sind noch besondere Vorzüge: Oft momentaner Erfolg, keine Narkose, Möglichkeit der Wiederholung, kurzes Krankenlager (2—3 Tage). Trotzdem also nach v. Frisch das Verhältniss der Erfolge so günstig ist, dass sich die Bottini'sche Operation mit irgend einem anderen gegen Prostatahypertrophie vorgeschlagenen chirurgischen Eingriffe gar nicht vergleichen lässt, ist die Operation wenig populär bei den nicht urologischen Chirurgen 1. wegen ihrer Unverlässlichkeit, 2. wegen der Unmöglichkeit, Gründe für den jeweiligen Erfolg oder Misserfolg anzugeben, 3. wegen der geringen postoperativen Sektionen, 4. wegen des Mangels zum Studium geeigneter Präparate von Prostatahypertrophie.

Die partielle Resection der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie wird an der Klinik Podres in Charkow, wie Dr. Kudinzew mitteilt, unter localer Anästhesie in der Weise ausgeführt, dass der fixirte Samenstrang durch Incision blossgelegt und, zwischen zwei in einer Entfernung von 1,5—2 cm von einander angelegten Ligaturen gefasst, unterbunden wird. Das zwischen den Ligaturen situirte Stück gelangt zur Excision, die Wunde mittels zweier Nähte zur Vereinigung. Zur Behandlung kamen 25 Fälle. Neun Kranke figuriren in dieser Zusammenstellung als geheilt, acht Fälle werden als gebessert hingestellt und sieben Kranke bilden eine dritte Gruppe, bei welcher die partielle Resection der Vasa deferentia anscheinend den Process in keiner Weise beeinflusste, so dass bei manchem Patienten behufs Linderung des trostlosen Zustandes andere Maassnahmen ergriffen werden mussten.

Dr. Freyer führte in vier Fällen von Prostatahypertrophie die Exstirpation der Prostata aus. Autor macht die Cystotomia suprapubica und lässt sich vom Finger eines Assistenten vom Rectum aus die Prostata entgegendrücken; alsdann wird die Blasenschleimhaut über der vergrösserten Prostata eingeschnitten und die Drüse, im Ganzen oder in einzelnen Lappen, aus ihrer Kapsel ausgeschält. Dabei ist es möglich, die Harnröhre und die Ductus ejaculatorii unverletzt zu lassen. Gewöhnlich sind zwei Einschnitte nötig, durch die sich die vergrösserte Drüse in drei geteilten Lappen ausschälen lässt. Ein in das Rectum eingeführter Finger erleichtert dies und stellt fest, ob noch Teile der Drüse zurückgeblieben sind. Die Stillung der ziemlich beträchtlichen Blutung erreichte Verfasser durch Spülungen mit heisser Hazeline-Lösung; Gefässunterbindungen waren ebenso wenig nötig wie eine Naht der Schleimhaut. Sämmtliche Operirte (im Alter von 62—69 Jahren) überstanden die Operation nicht nur gut, sondern erlangten auch alsbald die vollständige Herrschaft über ihre Blase wieder.

Dr. Goldmann (Freiburg) schlägt die Cystopexie, das Annähen der Blase an die vordere Bauchwand bei gewissen Fällen von Prostatahypertrophie vor. Es ist ihm aufgefallen, dass bei der Sectio alta durch den Zug an der vorderen Harnröhrenblasenwand bei dem retrograden Katheterismus ein leichterer Abfluss des Urins stattfand. Er hat deshalb erst an der Leiche, dann an Kranken Versuche angestellt, einen Zug an der vorderen Blasenwand durch Cystopexie auszuüben, nachdem er an einem Patienten, der nach Punctio suprapubica und nach retrogradem Katheterismus, wobei der Katheter acht Tage gelegen hatte, erlebte, dass dieser nie wieder Beschwerden von seiner Prostatahypertrophie gehabt hat. Nach zwei Jahren ist er in der Lage gewesen, bei diesem Patienten die Section zu machen und da fand sich dann, dass die Blasenwand breit mit der Bauchwand verwachsen war, und dass dadurch an der inneren Harnröhrenmünd-



Digitized by Google

ung ein bedeutender Zug ausgeübt worden ist. Die Entfernung dieser von der Punctionsstelle betrug 6 cm.

Dr. Guiard empfiehlt Klysmen mit Antipyrin und Laudanum bei Prostatitis. Dieselben haben den Zweck, die Schmerzhaftigkeit der Prostata und die Intoleranz der Blase bedeutend herabzusetzen. Ausspülungen der Blase, urethrovesicale Instillationen, sowie die Ausführung der Lithothripsie werden durch dieses Verfahren wesentlich erleichtert. Auch auf die nächtlichen Congestivzustände übt das Verfahren eine vorteilhafte Wirkung. Seine Wirkung ist unzweifelhaft rascher und ausgesprochener, als die von Suppositorien mit Morphin, Opium, Belladonna oder Cocaïn. Es genügt, sechs bis acht Tropfen Laudanum zu verwenden. doch kann man in schweren Fällen die Dosis unbedenklich auch bis auf 12 bis 18 Tropfen steigern, ohne unangenehme Folgen befürchten zu müssen. Die Technik der Irrigation ist einfach und leicht ausführbar.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie von Prof. Posner (Ther. d. Gegenw. 3. Heft). — Dr. Schlagintweit über Kritik der Bottini'schen Operation an 150 Experimenten und an 82 Präparaten von Prostatahypertrophie aus der Sammlung Guyon des Hospital Necker in Paris auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Münchener med. Wochenschr. Nr. 42). — Ueber die partielle Resection der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie und über die Resultate dieser Operation von Dr. Kudinzew (Monatsber. f. Urol. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 7. Heft). — Die Totalexstirpation der Prostata bei Prostatahypertrophie von Dr. Freyer (Brit. med. Journ. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 74). — Dr. Goldmann über Behandlung der Prostatahypertrophie auf dem deutschen Chirurgencongresse (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16). — Klysmen mit Antipyrin und Laudanum bei Prostatitis von Dr. Guiard (Ann. d. mal. org. génit.-ur. — Wien. med. Blätter Nr. 45).

**Pruritus.** Der chronische Pruritus vulvae ist nach Dr. Siebourg's (Barmen) Ansicht stets eine secundäre Erkrankung, unterhalten durch das fortwährende Kratzen und Reiben. Was die Behandlung betrifft, so ist vor Allem nach der Ursache des Leidens (Harnuntersuchung) zu suchen und diese zu behandeln. Stets ist für kurz geschnittene Nägel zu sorgen. Verfasser nennt Fälle, wo jedesmal, wenn die Nägel wieder gewachsen waren, eine Verschlimmerung des Leidens eintrat. Es muss den Patienten zur Gewohnheit werden, mindestens Morgens und Abends die von Pruritus befallenen Partien mit Seife und kaltem Wasser ca. fünf Minuten lang mit der Hand oder mit einem Wattebausch abzuwaschen; Tags über nach jeder Harnentleerung. Carbolwaschungen sind von gutem Nutzen. Verfasser verordnet dann mit Vorliebe eine Salbe von:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Cocaïn | 2,0 |
| | Orthoform | 1,5 |
| | Menthol | 0,5 |
| | Acid. carbol. | 1,0 |
| | Vaselin | 20,2 |

und zwar bei verletzter Schleimhaut oder Haut. Die Patienten müssen diese Salbe stets bei sich tragen, damit sie allerorts ein sofortiges Beruhigungsmittel haben und nicht durch Kratzen den Juckreiz unterdrücken müssen und damit den Zustand verschlimmern. Die kleinen Verletzungen, namentlich Risschen, werden vorteilhaft mit 10%iger Höllensteinlösung bepinselt, wonach sie schnell heilen. Abends wird ein Stück Gaze mit obiger Salbe auf die befallenen Stellen gelegt; darauf kommt ein kräftiger Wattebausch, der mit einer T-Binde fest gegen die juckenden Stellen angedrückt wird. Der Druck ist einerseits wohlthuend, der Verband mit der Salbe verhindert das Jucken. Ist das Leiden chronisch geworden, die Haut und Schleimhaut intact, so gebraucht Verfasser zunächst, und zwar mit grossem Vorteil folgende Mischung:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Spir. Rusci | 50,0, |
| | Acid. salicyl. | 0,5, |
| | Resorcin | 1,0, |

die nach den Waschungen Morgens und Abends mit dem Pinsel aufgetragen wird. Nebenbei hat Verfasser in der letzten Zeit auf Grund der Infiltrationsanästhesie und der Erfahrung, dass nach starker subcutaner Injection von physiologischer Kochsalzlösung die Haut über den injicirten Stellen tagelang gefühllos oder mindestens wenig sensibel ist, diese Injectionen zur Heilung des Pruritus verwertet. Verfasser hat nach Art der physiologischen Kochsalzinfusionen bis zu 1/3 Liter mittels Irrigator und Hohlnadel

Digitized by Google

unter die Haut der Vulva etc. injicirt, bis eine gute Abhebung der Haut vorhanden war. Die Injectionen werden am besten Abends gemacht. Verfasser hat damit gute Erfolge erzielt.

Beitrag zur Behandlung des Pruritus von Dr. Siebourg (Centralbl. f. Gynäk. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 26).

**Psoriasis.** Bezüglich der Behandlung der Psoriasis gibt Dr. Ledermann (Berlin) folgende Ratschläge. Für die Behandlung des behaarten Kopfes kommen hauptsächlich Quecksilber, Theer und Pyrogallol in Betracht. Das Quecksilber gelangt in Form von weissen Präcipitatsalben in Anwendung, welche Ledermann folgendermassen verordnet:

Rp. Hydrargyr. praecip. alb. 5,0,
Bismut. subnitr. 10,0,
Resorbin. ad 100,0,

Der Theer wird am besten in Form des Liquor carbonis detergens (5—20%ige wässerige Lösungen) angewandt und das Pyrogallol, an Stelle dessen von Unna das mildere Pyraloxin, von Kromayer das weniger giftige, aber auch weniger wirksame Lenigallol vielfach empfohlen worden ist, in Form von 5—10%iger Salbe Für die Behandlung des Körpers ist das Chrysarobin in 1—10%igen Salben zweifellos das wirksamste Mittel. Wegen der unangenehmen Eigenschaften des Chrysarobins (Gefahr von Conjunctivitiden, dauernde Verfärbung der Wäsche) sind vielfach Derivate des Chrysarobins, welchen diese Nebenwirkungen fehlen sollen, hergestellt worden. Das wirksamste unter diesen scheint noch das Eurobin zu sein. Von inneren Mitteln ist bei der Psoriasis eigentlich nur von Arsen und grossen Jodkaligaben ein Erfolg zu erhoffen.

Dr. Abraham verwendet bei Psoriasis Creolinbäder und lässt nachher die weniger empfindlichen Hautstellen mit Chrysarobin in Traumaticin einreiben, während er die zarteren Stellen mit einer Salbe bedeckt, welche aus Creolin, Salicylsäure und Hydrarg. praec. alb. (von jedem 3%) und Vaselin besteht. Die Psoriasis des behaarten Kopfes behandelt er mit einer Salbe aus Schmierseife und weisser Quecksilbersalbe.

Zur speciellen Therapie der Hautkrankheiten mit Berücksichtigung neuerer Arzneiformen und Arzneimittel von Dr. Ledermann (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 5). — Die Behandlung einiger häufig vorkommender Hautkrankheiten von Dr. Abraham (Lancet. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 2).

**Psychosen.** Nach Prof. Jolly (Berlin) können im Allgemeinen alle Formen der Geisteskrankheiten in Folge von Syphilis auftreten, wie echte Manie, Melancholie, letztere wie die Paranoia allerdings selten. Characteristisch für Syphilis ist die sogenannte Amentia, häufig erscheint auch Demenz. Der Ausgang in letztere entspricht der sogenannten Pseudoparalyse. Die hereditäre Lues kann zu ähnlichen geistigen Erkrankungen führen, wie die erworbene, namentlich zeigen sich oft schon früh schwerere hysterische Erscheinungen, ferner die Symptome allgemeiner Paralyse. Hinsichtlich der Rolle, welche die Syphilis bei der eigentlichen Dementia paralytica spielt, steht Jolly auf dem Standpunkte, dass es auch Fälle dieser Krankheit ohne vorausgegangene Syphilis gibt. Das geht aus der Statistik mit Bestimmtheit hervor. In den Fällen von Paralyse, in welchen jeder Anhaltspunkt für Syphilis fehlt, pflegt Jolly eine specifische Therapie nicht zu versuchen, hält aber den Schaden durch eine eventuelle antisyphilitische Kur nur für einen ausnahmsweise eintretenden. Sicher kann ein solcher fast immer vermieden werden.

Dr. Sander (Frankfurt a. M.) schildert die Behandlungsart der acuten Erregungszustände, die sich im Laufe der letzteren Jahre in den modernen Anstalten und speciell in der Frankfurter städtischen Irrenanstalt herausgebildet hat: Neben Bettbehandlung als Grundprincip werden hydrotherapeutische Proceduren und insbesondere Dauerbäder empfohlen. Die letzteren machen häufig Isolirungen und Narcotica überflüssig. Mechanische Zwangsmaassregeln sind auf eine äusserst geringe Zahl von Fällen beschränkt worden. Sie kommen ausschliesslich bei Lebensgefahr, Selbstverletzungen und chirurgischen Eingriffen in Betracht. Die Sondenfütterung (natürliche, fein zerhackte Krankenkost) und Kochsalzinfusionen haben sich bei schweren



Digitized by Google

Erregungs- und Erschöpfungs-Zuständen (Delirium acutum) gut bewährt.

Syphilis und Geisteskrankheiten von Prof. Jolly (Berliner klin. Wochenschr. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 3). — Dr. Sander über Behandlung der acuten Erregungszustände auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe (Münchener med. Wochenschr. Nr. 49).

**Pterygium.** Dr. Wölfflin beschreibt ein neues, von Prof. Eversbusch geübtes Verfahren der Pterygiumoperation. Durch die Spitze des Pterygiums wird ein Seidenfaden geführt, das Pterygium mit einer gekrümmten Lanze abgestochen und eine doppelte nur durch Abbildung leicht verständliche Sutur angelegt. Die blossgelegte Sclera wird mit Jodoform zur Verhinderung der Granulationsbildung bestreut oder mit dem Galvanokauter getrennt und es wird 2–3 Tage lang ein doppelseitiger Schlussverband angelegt. Die Wulstungen der umgelegten Bindehaut verlieren sich allmählich. Die Beweglichkeit der Augen bleibt erhalten.

Beschreibung einer neuen Art der Pterygiumoperation von Dr. Wölfflin (Deutsche Praxis. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 3. Heft).

**Pulmoform.** Das Pulmoform ist nach Dr. Jacobson Methyldiguajacol und stellt ein gelbes, geschmackloses Pulver dar, welches nach Autor bei Tuberculose mit gutem Erfolge angewerden kann.

Ueber Pulmoform von Dr. Jacobson (Centralbl. f. d. ges. Ther. 9. Heft).

**Purgatol.** Das Purgatol ist, wie Prof. Ewald (Berlin) mitteilt, der Diacetylester des Anthrapurpurins. Es ist ein gelbes krystallinisches, in Wasser und verdünnter Säure (also auch im Magen) unlösliches, geschmackloses Pulver. Ein Teil des bei der Spaltung entstehenden Oxyantrachinons geht in den Harn über und färbt diesen rot, worauf die Kranken aufmerksam zu machen sind. Andere unangenehme Erscheinungen bewirkt das Mittel auch in grossen Dosen nicht. Ewald hat es zu 0,5 bis 1,0 g gegeben und möchte es in seiner Wirksamkeit dem Rhabarber an die Seite stellen. Das Purgatol wirkt langsam nach etwa 12—18 Stunden, der Stuhl erfolgt schmerzlos in breiiger Beschaffenheit, danach tritt wie beim Rhabarber auch eine gewisse Darmschwäche ein, die aber keinen zu hohen Grad erreicht.

Die Vorteile des Purgatol scheinen nach Prof. Stadelmann (Berlin) in seiner guten Dosirbarkeit, seiner reinen Beschaffenheit, seiner absoluten Geschmacklosigkeit, dem Fehlen von unangenehmen Nebenerscheinungen (wie Uebelkeit, Erbrechen, Aufstossen, selten Leibschmerzen) zu finden zu sein. Ganz besonders dürfte sich das Medicament bei chronischer Obstipation empfehlen, bei welcher der Stuhlgang erschwert und hart ist, bei der demnach leichte Reizmittel des Darmes als unterstützende Momente erwünscht sind, z. B. bei Neurasthenikern, Hypochondern, Hämorrhoidariern etc., bei denen es dann statt Rheum oder Aloe zur Anwendung kommen dürfte.

Auch Prof. Ebstein (Göttingen) hat das Mittel erprobt und ist mit demselben zufrieden. Er liess fast ausnahmslos Dosen von 2,0 g nehmen.

Das Purgatol, ein neues Abführmittel von Prof. Ewald (Ther. d. Gegenw. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 6. Heft). — Das Anthrapurpurindiacetat (Purgatol), ein neues Abführmittel von Prof. Stadelmann (Deutsche Aerzte-Zeitg. Nr. 10). — Ueber Purgatin von Prof. Ebstein (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 91).

**Purgo.** v. Vámossy entdeckte im Phenolphthaleïn ein Mittel, welches sich als vorzügliches Eccoproticum erwies. Das Phenolphthaleïn ist ein im Wasser unlösliches, geschmackloses Pulver, welches bei Tieren ganz wirkungslos ist, beim Menschen aber schon in Dosen von 0,10—0,15 g einen sehr leichten Stuhl ohne jede Kolik verursacht. Die Wirkung beruht auf der geringen Diffusionsfähigkeit des daraus sich bildenden Phenolphthaleïnnatriums. Das Präparat wird vom Budapester Apotheker Dr. Desider Bayer unter dem Namen Purgo in Form von kleinen Pastillen zu Dosen von 10—15 cg in Handel gebracht (Purgo mitior und Purgo fortior). Ueber die mit denselben gesammelten Erfahrungen referirt Dr. Wenhardt (Budapest), welcher

Digitized by Google

das Mittel nahezu an 100 verschiedenen, teils liegenden, teils ambulanten Patienten erprobte, wobei er feststellte, dass bei ambulanten Kranken durchschnittlich 0,10 g genügen, um die gewünschte Wirkung zu erreichen; bei liegenden Kranken aber werden durchschnittlich 0,20—0,60 g benötigt, um täglichen Stuhl zu bewirken. Die Wirkung des Mittels tritt gewöhnlich 2—5 Stunden nach Einnahme der Dosis ein, bei kleinen Dosen (0,05) aber oft erst nach 10—12 Stunden. Der Stuhlgang ist leicht und verursacht fast nie Grimmen Infolge dessen reiht Verfasser das Purgo unter die besten Purgativmittel, welches in kleinen Dosen zur Regelung des Stuhles, in grösseren Dosen aber zur Evacuirung des ganzen Darmtractes dienen kann; zum ersterem Zwecke kann das Purgo mitior, zu letzterem das Purgo fortior verwendet werden.

Purgo, ein neues Purgativmittel von Dr. Wenhardt (Orvosok Lapja. — Centralbl. für die ges. Ther. 10. Heft).

**Pustula maligna.** Dr. Joffé will von der Anwendung des Ichthyols bei Pustula maligna recht günstigen Erfolg gesehen haben. Nach Entfernung der Kruste wird der Geschwürsgrund mit Thermokauter ausgebrannt, dann eine in Ichthyolglycerin (1 : 3) getauchte Compresse auf die geschwollenen Hautteile gelegt, Watte darüber gegeben und verbunden. Die Compresse wird durch zwei bis drei Tage zwölfstündlich gewechselt; nachher wird mit 2%iger Borsalbe verbunden.

Behandlung der Pustula maligna mit Ichthyol von Dr. Joffé (Aerztl. Praxis Nr. 14).

# Q.

**Quecksilber.** Nach Prof. v. Leyden ist das Calomel bei Hydropsien, besonders bei Herz- und Leberkrankheiten, als Diureticum indicirt und ist nicht selten von eclatanter, lebensrettender oder lebensverlängernder Wirkung. Dagegen ist es bei Albuminurie und Nephritis so gut wie vollständig contraindicirt. Für die Praxis gibt die Anweisung von Jendrassik — pro dosi 0,2 g, drei-, vier- und fünfmal täglich — eine gute Basis; indessen wird sie doch mannigfach modificirt werden müssen. Die secretorisch erregende Wirkung des Calomel trifft in der Regel mit den ersten Symptomen des Mercurialismus zusammen. Starke Hydropsien müssen zuerst durch Punctio abdominis oder durch Drainage des Hautödems beseitigt werden.

Dr. Juliusberg (Berlin) glaubt durch Tierversuche und durch Versuche an Menschen festgestellt zu haben, dass zwar die Resorption des Hg durch die normale Haut mit Sicherheit stattfindet, dass aber der Hauptanteil des Quecksilbers bei der Schmiercur auf dem Lungenwege, also durch Einatmung in den Organismus gelangt.

Die experimentellen Untersuchungen, die Dr. Lesser in der Neisser'schen Universitätsklinik in Breslau über die gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten angestellt hat, ergaben, dass die Furcht vor der Bildung des ätzenden Jodquecksilbers ($HgJ_2$) bei der combinirten Anwendung beider Mittel nur unter gewissen Umständen begründet ist. Was die einzelnen Verordnungsweisen betrifft, so ist die äusserliche Anwendung von Calomel sowie die per os bei jedem Organismus, in welchem Jodkalium oder Kalium kreist, unbedingt verboten. Als Reagens empfiehlt Lesser die Prüfung des Speichels mit Calomel, bei Gelbfärbung desselben ist die Anwesenheit von Jodalkali im Organismus erwiesen. Ebenso contraindicirt in die Anwendung des Protojoduretum hydrargyri in solchen Fällen, da das unschäd-

Digitized by Google

liche Quecksilberjodür durch das Jod in ätzendes Quecksilberjodid umgewandelt wird. Aehnlich verhält sich das Hydrargyrum oxydulatum tannicum, während das Sublimat sowohl innerlich wie äusserlich angewendet keine schädlichen Verbindungen eingeht. Von den bei hypodermatischen Injectionen gebräuchlichen Präparaten zeigte Calomel bei gleichzeitiger Jodkalidarreichung starke locale Reiz- und Schmerzwirkung, während das Hg salicylicum, Thymol um aceticum und Oleum cinereum ohne jede Reaction blieben, ebenso die löslichen Quecksilbersalze. Das Gleiche gilt endlich auch noch von Inunctionen mit Unguentum cinereum, während die weisse und gelbe Präcipitatsalbe Vorsicht in der Anwendung erfordern.

Dr. v. Crippa hat die 33%ige Resorbinquecksilbersalbe bei 107 Kranken mit verschiedenen Formen von Syphilis angewandt und ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden. Das Mittel hat vor der üblichen grauen Salbe die Vorzüge, dass es sich leichter und gründlicher in die Haut hineinreiben lässt, dass es deshalb schon in kleineren Mengen (3 g) eine kräftige Wirkung erzielt, dass es die Haut nicht reizt und seltener unangenehme Quecksilbererscheinungen hervorruft. Den Kranken ist es schon deshalb angenehm, weil es nicht riecht und nicht eine solche Schmutzerei macht, wie die graue Salbe.

Therapeutische Bedeutung des Calomel als Diureticum von Prof. v. Leyden (Fortschr. d. Med. Nr. 12). — Dr. Juliusberg über die Frage: Auf welchem Wege gelangt bei der Einreibungscur das Quecksilber in den Körper? in der medicinischen Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 19). — Ueber die gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten von Dr. Lesser (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18). — Ueber Rezorbinquecksilber von Dr. v. Crippa (Wien. med. Presse Nr. 17 u. 18).

# R.

**Radfahren.** Prof. Schiefferdecker (Bonn) hat das in Bezug auf das Radfahren vorhandene medicinische Material der letzten Jahre zusammengestellt. Hinsichtlich der Indicationen für das Radfahren wird unter anderem auf die grosse Wichtigkeit hingewiesen, welche das Fahrrad für Leute mit steifem Knie oder mit Amputationen an den unteren Extremitäten haben kann. Es kann die Arbeitsfähigkeit solcher Leute erhöhen und so auch für die Krankenkassen wichtig werden. Sodann wird die Einwirkung auf die Gicht und die Fettleibigkeit besprochen und dabei erwähnt, dass auch eine zu starke Abmagerung in Folge des Radfahrens eintreten könne, welche durch Schwächung des Körpers auch zum Auftreten anderer Krankheiten Veranlassung geben könne. Bei Diabetes und Chlorose ist das Radfahren unter Umständen sehr empfehlenswert. Von Neuralgien liegen Erfahrungen über Ischias vor, die das Radfahren bei richtiger Anwendung als ein nicht unwesentliches Mittel zur Heilung oder wenigstens zur Linderung dieser Neuralgie und ihrer Folgen erscheinen lassen. Auch sonstige Krankheiten des Nervensystems sind teilweise mit Erfolg behandelt worden. Krankheiten des Verdaungscanals weisen teilweise sehr gute Heilerfolge auf. Ausführlicher werden die Krankheiten des Herzens besprochen. Es folgen die Krankheiten der Lungen, bei denen das Radfahren als Heilmittel sich immer mehr Platz erobert hat, die der Nieren, bei denen die physiologische Albuminurie besprochen wird, und die der Harn- und Geschlechtsorgane. Hier scheint das Radfahren, namentlich bei den chronischen Krankheiten des weiblichen Geschlechts, von entschiedener Heilwirkung zu sein. Verfasser bespricht hierbei auch den Einfluss des Radelns auf den Eintritt der Menstruation bei in der Entwicklung begriffenen jungen Mädchen und kommt zu dem Resultate, dass hier dasselbe

Digitized by Google

nicht nur nicht schädlich wirken könne, wie von manchen Seiten angenommen worden ist, sondern direct nützlich, ebenso wie bei zu starker Menstruation. Ueber Krankheiten von Augen und Ohren finden sich in der Litteratur nur wenig Angaben; Erkrankungen der Nase werden vom Radfahrer verhältnissmässig früh bemerkt und müssen behandelt werden, damit das sehr schädliche Atmen durch den Mund vermieden wird. Das Radfahren ist zweifellos in vielen Fällen als ein wichtiges Heilmittel anzusehen, ausserdem bewirkt es aber auch eine Stärkung des Körpers, welche denselben schwerer erkranken lässt und die Arbeitsfähigkeit erhöht und länger erhält.

Die Behandlung der Frage einer Cyclotherapie bei Magenkrankheiten liegt von Prof. Fürbringer (Berlin) vor. Der Sammelbegriff der nervösen Dyspepsie gehört nach Autor vor Allem zu derjenigen Kategorie von krankhaften Zuständen, bei denen das Radfahren überhaupt, von ganz gesunden Personen abgesehen, seine Wohlthaten äussert. Das ist die Gruppe derjenigen chronischen functionellen Störungen, die ihren Träger mehr zum Erholungsbedürftigen, als zum eigentlichen Kranken stempeln. Von gutem Erfolge ist das Radfahren auch beim chronischen Magencatarrh, wofern er nicht als Begleiterscheinung schwerer organischer Grundleiden auftritt, sondern mehr Halbkranke betrifft. Der acute Magencatarrh kommt wegen der kurzen Dauer und Neigung zur Spontanheilung nicht in Betracht. Bei Verdacht auf Magengeschwür muss vom Radfahren bestimmt abgeraten werden. Selbstverständlich bildet auch der Magenkrebs eine Gegenanzeige.

Indicationen und Contraindicationen des Radfahrens von Prof. Schiefferdecker (Schm. Jahrb. — Ther. Monatsh. 6. Heft). — Radfahren bei Magenkrankheiten von Prof. Fürbringer (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 1. Heft.)

**Resaldol.** Dr. Brochocki wandte an der Abteilung von Dr. Krokiewicz in Krakau das Resaldol in 22 Fällen an, und zwar in 12 Fällen von Diarrhöe auf tuberculöser Basis (Enteritis tuberculosa), in vier Fällen von acutem Magen- und Darmcatarrh (Gastroenteritis acuta), in drei von catarrhalischer Dysenterie und folliculärer Enteritis und in drei Fällen im Verlaufe von typhösen Geschwüren im Darme. Er verabreichte das Mittel in Tagesgaben von 3—4 g durch 2—3 Tage, vorher wurden andere Diarrhöe hemmende Mittel wie: Xeroform, Opium mit Tannin, salpetersaures Silber, salicylsaures Wismuth, Dct. Salep u. A. wirkungslos gefunden. In jedem Falle, mit Ausnahme bei Bauchtyphus, war die Verabreichung des Resaldols von sehr günstigem und raschem Erfolge gekrönt und die Patienten hatten niemals an irgendwelchen Nebenerscheinungen zu leiden. Es ist also dieses Mittel bei allen acht Fällen von Diarrhöe, im Besonderen bei Darmtuberculose wärmstens zu empfehlen.

Ueber die neuen Heilmittel Resaldol und Hedonal von Dr. Brochocki (Klin.-ther. Wochenschr. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft.

**Rhachitis.** Dr. Shukowsky suchte festzustellen, ob der relative Feuchtigkeitsgehalt der Luft bei der Entwicklung der Rhachitis eine Rolle spiele und konnte auf Grund einer ganzen Reihe von Untersuchungen und Beobachtungen den Schluss ziehen, dass zwischen dieser Krankheit und der relativen Luftfeuchtigkeit kein ätiologisches Verhältniss bestehe. Wohl aber spielen nach des Autors Ansicht klimatische Einflüsse eine Rolle: die durchschnittliche Jahrestemperatur der Luft, die Zahl der hellen sonnigen Tage, die Windrichtung u. s. w., indem der länger dauernde Aufenthalt der Kinder ausserhalb des Zimmers von diesen Factoren abhängig ist.

Einer ganz entgegengesetzten Ansicht ist Dr. Hagen-Torn. Nach demselben komme dem relativen Feuchtigkeitsgehalte der Luft eine grosse ätiologische Bedeutung zu; wenigstens für Russland decke sich die Ansteigung der Rhachitisverbreitung, mit dem zunehmenden Feuchtigkeitsgehalt der Luft nach dem Nordwesten hin.

Auf der Suche nach einer brauchbaren Phosphorprobe hat Prof. Kassowitz von Glücksmann ein Verfahren

Digitized by Google

mitgeteilt bekommen, das sehr leicht vorzunehmen ist. Die Probe beruht darauf, dass eine Silbernitratlösung bei der Anwesenheit von Phosphor durch das sich bildende Phosphorsilber braun gefärbt wird. Zur Ausführung der Probe löst man 2 ccm Phosphorleberthran in der neunfachen Menge Aceton und giesst dazu 1 ccm Aceton, dem man einen Tropfen Silbernitratlösung zugesetzt hat, so entsteht beim Schütteln eine kaffeebraune Verfärbung; später sinkt aus der sich wieder klärenden Flüssigkeit das Phosphorsilber als schwarzer Niederschlag zu Boden. Man erhält diese Reaction noch bei einem Leberthran, der anstatt des 1 cg nur 1 mg Phosphor enthält. Die Reaction kam noch zu Stande bei der Untersuchung von Phosphorleberthran, der vor 14 Jahren angefertigt worden war.

Die Leuchtprobe kann nach Kassowitz in der Weise leicht vorgenommen werden, dass man eine kleine Portion des Oeles in einer Eprouvette über einer Spirituslampe im Dunkeln erhitzt. Ist dies einige Minuten geschehen, so wendet man der Lampe den Rücken und sieht nun auf der Oberfläche des Oeles ein prächtiges Leuchten.

Für Prof. Monti ist die Phosphortherapie der Rhachitis ein überwundener Standpunkt. Er geht noch einmal Alles durch, was dafür und was dagegen vorgebracht ist und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Ist die Phosphorbehandlung nichts Neues, sie ist von Hahnemann und Trosseau empfohlen, aber wieder verlassen worden; 2. entbehrt sie gänzlich der experimentellen Grundlage; 3. sind die klinischen Angaben über ihren Nutzen durchaus zweifelhafter Natur, ungenügend, zum grossen Teile wertlos; und 3. bekommen die Kranken bei der üblichen Verordnung von Phosphorleberthran so und so oft überhaupt gar keinen Phosphor in den Leib.

Prof. Leo (Bonn) hat bei der medicamentösen Anwendung des Phosphors bei Rhachitis nur fragliche Heilerfolge gesehen; schädliche Nebenwirkungen sind ihm nur ausnahmsweise vorgekommen; um so bemerkenswerter sind zwei Fälle seiner Beobachtung, in welchen tödtliche Phosphorvergiftung die Folge einer nach der üblichen — offenbar zu hohen — Dosirung vorgenommenen Phosphormedication gewesen sei. Von einem dieser Fälle liegt der Sectionsbefund vor.

Dr. Schlossmann und Dr. Thomas halten es nicht für erwiesen, dass es sich in den beiden Fällen wirklich um Phosphorvergiftung gehandelt habe, da manche Zeichen derselben fehlten und der Nachweis des Giftes in der Leiche unterblieb.

Prof. Escherich (Graz) betont, dass einerseits typische und anscheinend reine Fälle von Rhachitis trotz einer mehrere Monate fortgesetzten Phosphortherapie nicht gebessert wurden, während die Behandlung mit Phosphorleberthran in der weitaus grösseren Anzahl von Fällen entschieden von günstigem Einfluss auf den Krankheitszustand zu sein schien.

Dr. Flachs (Dresden) ist ein entschiedener Anhänger der Phosphortherapie, der von Dr. Fronz (Wien), ebenso wie von Prof. Czerny (Breslau) jede Wirkung abgesprochen wird.

Dr. Gernsheim empfiehlt folgende Form der Dispensation des Phosphors, welche nach seiner Erfahrung grosse Vorteile biete.

Rp. Phosphori 0,01
Olei amygdal. dulc. 10,0
Olei cort. aurant. gtt. No. III—V.
S. Dreimal täglich 1—3 Tropfen (ansteigend) in Milch.

Dr. Laugstein hat eine Anzahl rhachitischer Kinder nach der von Stöltzner empfohlenen Therapie mit Nebennierensubstanz behandelt und gelangte zu folgenden Schlüssen. Die Nebennierentabletten können in jeder beliebigen Dosis ohne schädliche Nebenwirkungen gegeben werden. Fast immer hebt sich der Appetit, der mit steigender Dosis bis zum Heisshunger gesteigert werden kann. Die Behandlung mit Nebennierensubstanz hat keinen specifischen Einfluss auf die Rhachitis.

Auch Dr. Königsberger kam zu dem Ergebniss, dass die Nebennierensubstanz keine specifische Wirkung auf die Rhachitis ausübt. Dagegen glaubt Verfasser, dass man von der Darreichung von Nebennierenextracten eine Hebung des Allgemeinbefindens erwarten dürfe.

Digitized by Google

Diese Wirkung kann man aber auch mit anderen, viel billigeren Mitteln erzielen.

Die englische Krankheit und ihre Abhängigkeit von der relativen Luftfeuchtigkeit von Dr. Skukowsky (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 6. Heft). — Die englische Krankheit, ihre Symptome, ihr endemischer Character und ihre Abhängigkeit von der relativen Feuchtigkeit der Luft von Dr. Hagen-Torn (Ebendaselbst). — Ueber Phosphortherapie der Rhachitis von Prof. Kassowitz (Ther. Monatsh. 2. Heft). — Bemerkungen über den Wert der Phosphortherapie bei Rhachitis von Prof. Monti (Wiener klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Prof. Leo, Dr. Schlossmann, Dr. Thomas und Dr. Gernsheim über Phosphor bei Rhachitis auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Ther. d. Gegenw. 10. Heft). — Heilt der Phosphor die Rhachitis? von Prof. Czerny, Prof. Escherich, Dr. Franz und Dr. Flachs (Heilk. 8. Heft). — Zur Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz von Dr. Langstein (Jahrb. f. Kinderheilk. — 58. Bd. 4. Heft). — Zur Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz von Dr. Königsberger (Münchener med. Wochenschr. Nr. 16)

**Rheumatismus.** Dr. F. Meyer suchte an Prof. v. Leyden's Klinik lange Zeit nach den Erregern des acuten Gelenkrheumatismus im Blute und in den Gelenken vergeblich und wandte sich dann mit Erfolg der die Krankheit begleitenden Angina zu. Es gelang ihm hier kleine, in Ketten angeordnete Diplokokken nachzuweisen, die verschiedene Absonderlichkeiten darboten. Besonders auffallend waren die Erfolge der Tierimpfung. Bei Einspritzung unter die Haut bildete sich eine derbe Infiltration, die zu völliger Nekrose, niemals zu einem Abscesse führte. Nach 6—10 Tagen treten Gelenkschwellungen auf mit serös-eiterigen, meist sterilen Ergüssen. Die Tiere fieberten stark, blieben aber meist am Leben. Bei den gestorbenen Tieren bestand in einigen Fällen eine ausgesprochene Endocarditis. Autor glaubt deshalb, dass der von ihm gefundene Diplococcus, der oder doch einer der Erreger des acuten Gelenkrheumatismus ist.

Dr. Menzer berichtet aus der Klinik Prof. Senator's ebenfalls über Streptokokkenbefunde, und zwar in den Tonsillen bei acutem Gelenkrheumatismus, ist aber bei der Beurteilung des Befundes sehr zurückhaltend, weil man Streptokokken bei fast allen acuten Infectionskrankheiten und häufig auch im Munde und Rachen Gesunder findet.

Dr. Singer (Wien) behauptet, dass der acute Gelenkrheumatismus einer Infection mit Staphylokokken und Streptokokken entspricht und berichtet über Beobachtungen, welche er an dem Sectionsmateriale des unter Leitung von Prof. Weichselbaum stehenden pathologisch-anatomischen Institutes gemacht hat. Die Mitteilungen betreffen fünf Fälle von acutem Gelenkrheumatismus, nur zwei Fälle von Chorea rheumatica. Die bakteriologische Untersuchung der Fälle von Polyarthritis und eines Choreafalles ergab sowohl im Deckglase, als auch im Plattenverfahren aus den verschiedensten Organen Reinculturen des Streptococcus pyogenes, der auch mikroskopisch im Gewebe nachgewiesen werden konnte. In dem zweiten Falle von Chorea mit eitriger Gelenksentzündung und vorausgegangener Angina follicularis ergab die Untersuchung reichliche Reinculturen des Staphylococcus pyog. aureus.

Dr. Blumenau (Petersburg) führt eine Anzahl von Krankengeschichten an, die die Wechselbeziehungen zwischen der Angina und dem acuten Gelenkrheumatismus beweisen sollen. Das klinische Bild der als Vorläuferin des acuten Gelenkrheumatismus auftretenden Angina braucht sich von der gewöhnlichen Angina in keiner Weise zu unterscheiden. Auffallend ist höchstens bei einer Reihe von Fällen die grosse Schmerzhaftigkeit der Affection, die auch nach dem Verschwinden der entzündlichen Erscheinungen im Halse noch länger anhalten kann. Dieser Schmerz hängt wahrscheinlich mit der Ausbreitung des entzündlichen rheumatischen Processes auf die Schlundmuskeln zusammen und kann als Ausdruck einer allgemeinen rheumatischen Erkrankung gelten. Auffallend ist auch, dass die locale Therapie, die bei der gewöhnlichen Angina wirksam zu sein pflegt, wie Pinselungen mit Liquor ferri sesquichlorati 1:30 Glycerin bei der rheumatischen Angina meist ohne Erfolg bleibt, während nach Einleitung einer antirheumatischen Therapie, d. h. nach Verabreichnng von Salicylsäure, eine baldige Besserung zu beobachten ist. Mit Rück-

Digitized by Google

sicht auf die Prognose, Prophylaxe und Behandlung empfiehlt es sich, in jedem Falle von Angina an den geschilderten Zusammenhang zu denken; es dürfte sich alsdann herausstellen, dass derselbe doch häufiger vorliegt, als dies im Allgemeinen angenommen wird.

Zur Verhütung von Herzerkrankungen nach acutem Gelenkrheumatismus ist der Patient nach Dr. Caton (Liverpool) nach Ablauf aller Krankheitserscheinungen noch zwei oder drei Wochen im Bette und warm zu halten, jede körperliche und geistige Anstrengung ihm zu untersagen. Jod- und Quecksilberpräparate werden zur Unterstützung der Resorption der gesetzten Exsudate angewendet. Die längere Bettruhe ist zur Vermeidung der Entstehung von Herzfehlern nötig, da man nicht vergessen darf, dass durch die Salicylbehandlung wohl Schmerz und Fieber nicht aber die Infection innerhalb 48 Stunden beseitigt werden kann.

Dr. Sarafidus empfiehlt die Petroleummassage bei acutem Gelenkrheumatismus. 50 Heilungen, die Autor im Laufe von drei Jahren erzielte, haben in ihm die Ueberzeugung hervorgerufen, dass die Petroleumbehandlung den Vorzug vor allen anderen Methoden verdient, weil die Genesung schneller (in 5—7 Tagen) eintritt und jede innerliche Verabreichung von Arzneimitteln überflüssig wird. Was die Technik anlangt, so massirt man das erkrankte Glied mit Petroleum, indem man dem Laufe der venösen Circulation folgt. Es genügt jeden Tag eine Sitzung von 10 Minuten Dauer. Wenn nach der dritten Massirung einige erythematöse Knötchen auftreten (was in der Hälfte der Fälle geschieht), so sind die Einreibungen für einen Tag oder zwei Tage zu unterlassen und dann wieder aufzunehmen. Zunächst werden die erkrankten Teile des im Bette liegenden Patienten langsam gerieben bis die Haut sich zu röten beginnt; alsdann wird ein Watteverband angelegt und am folgenden Tage von Neuem massirt. Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus, Neuralgien oder Muskelrheumatismus wurden durch Petroleumeinreibungen niemals gebessert.

Zur Bakteriologie des acuten Gelenkrheumatismus von Dr. Meyer (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb 270. Bd. 4. Heft). — Ueber Streptokokkenbefunde in den Tonsillen bei acutem Gelenkrheumatismus von Dr. Menzer (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27). — Dr. Singer über die Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus auf dem Congress für innere Medicin zu Berlin (Wien. med. Blätter Nr. 25). — Erkrankungen der oberen Atmungswege bei Rheumatismus von Dr. Blumenau (Allg. med. Central-Zeitg. — Medico Nr. 26). — Verhütung von Herzerkrankungen nach acutem Gelenkrheumatismus von Dr. Caton (Brit. med. Journ. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 7). — Die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mittels Petroleummassage von Dr. Sarafidus (Rev. de thérap. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 8. Heft).

**Rhinotherapie.** Bei der hypertrophischen Rhinitis muss man, wie Dr. Viollet ausführt, die wahre Hypertrophie der Schleimhaut von den chronischen Schwellungszuständen unterscheiden. Für die erstere Form ist vorwiegend chirurgische Behandlung, Galvanokaustik oder Abtragung mit kalter Schlinge oder Scheere, angezeigt. Bei den chronischen Schwellungszuständen aber haben sich die zuerst von Hamm empfohlenen submucösen Injectionen von 10% Chlorzinklösung gut bewährt. Die Muschelschleimhaut wird erst durch Bestreichen mit 20% Cocaïnlösung gut anästhesirt und dann werden 4 bis 10 Tropfen der Chlorzinklösung mit der Pravaz'schen Spritze injicirt. Das Verfahren zeichnet sich durch Einfachheit und geringe Reaction aus.

Ueber zwei radicale Heilungen der Rhinitis atrophicans foetida durch eine neue operative Behandlungsmethode berichtet Dr. Flatau (Berlin). Autor hat kleine geknöpfte Elfenbeinstifte, die mit einer besonders hierfür angefertigten Pincette gefasst werden, durch feste Schläge mit einem Metallhammer in die seitliche Nasenwand an der Insertionsstelle der unteren Muschel bis an den Knopf eingetrieben. Nicht immer heilen die Stifte ein, öfters fallen sie aus, weil eine Infection der kleinen Wunde erfolgt. In der ersten Zeit nach der Operation zeigt sich keine Veränderung. Nach einigen Wochen aber verschwindet der Fötor, die Krustenbildung lässt nach und in zwei Fällen sah Autor auch eine Gewebezunahme der unteren Muschel, so

Digitized by Google

dass durch die erst sehr weite Nase der Durchblick nach dem Nasenrachenraume nicht mehr möglich war.

Dr. Dreyfuss (Strassburg) benutzt bei der Behandlung der Ozaena das Phenolum natrosulforicinicum, eine hellgelbe klarflüssige Substanz, die mit zwei bis drei Teilen Wasser verdünnt ein milchiges Aussehen gewinnt und in dieser Verdünnung nun in die Nase gepinselt wird. Der Erfolg war bei allen bisher beobachteten Fällen geradezu eclatant, der Fötor verschwand schon nach einigen Sitzungen, um nicht mehr wiederzukehren. Dieselben Resultate zeigten sich bei der Behandlung der Rhinitis purulenta, während das Verfahren bei auf Nebenhöhlen-Eiterungen basirender Ozaena als nutzlos erscheint. Die Pinselungen werden anfangs täglich, später in Intervallen vorgenommen. Die Behandlungsdauer beläuft sich auf 3--13 Wochen.

Wie Dr. Bonnet (Massiac) mitteilt, bringen Irrigationen mit Methylenblau 2,5 g per Liter in wenigen Tagen den üblen Geruch bei Ozaena zum Verschwinden. Der Gebrauch des Mittels ist ein wenig unbequem, weil es die Oberlippe und die Nasenöffnungen blau färbt.

Zur Behandlung des Schnupfens wird von Dr. Seifert Chlormethylmenthyläther empfohlen. Die Anwendung des Mittels kann in zweierlei Weise geschehen; einmal indem imprägnirte Watte zu einer losen Kugel zurecht gemacht und in die Nasenlöcher lose eingebracht wird, es muss dann je nach Bedarf die Luft mehr oder weniger langsam durch die Nase eingeatmet werden; oder man kann sich besonderer Nasengläser bedienen, welche über die Hälfte mit warmem Wasser gefüllt sind und mit vier bis sechs Tropfen der Flüssigkeit beschickt werden. Durch zwei Tubulaturen aspirirt man dann die Dämpfe aus dem Apparate. Sind die Naseneingänge bereits wund geworden, so wird die Application der Wattetampons nicht vertragen und man muss das Nasenglas zur Hilfe nehmen. Die Einatmungen werden drei- bis viermal täglich wiederholt und nach einem bis zwei Tagen ist der Schnupfen geheilt.

Dr. Fischenich (Wiesbaden) fordert bei Syphilis des Nasenrachenraums neben der allgemeinen auch die locale Behandlung. Letztere hat hauptsächlich in häufiger gründlicher Reinigung der erkrankten Fläche zu bestehen; die einfache Nasendouche reicht für diesen Zweck nicht aus. Die einzig rationelle Art geschieht durch ein vom Halse aus in das Cavum eingeführtes Instrument. Verfasser benutzt eine mit einem Ballon versehene Nasenrachenspritze, welche an ihrem für den Nasenrachenraum abgebogenen, knopfförmigen Ende möglichst viele seitliche und centrale Oeffnungen trägt. Dieses Instrument gestattet die Anwendung einer ziemlichen Kraft, welche notwendig ist, ohne dass es das Mittelohr gefährdet. Die Reinigung muss täglich mindestens einmal erfolgen; nach derselben bläst man am besten Calomel und Orthoform zu gleichen Teilen ein oder pinselt mit einer Jodjodkali-Glycerinlösung. Der scharfe Löffel kommt nur in Anwendung, wenn Granulationsgewebe die Secretion in auffälliger Weise unterhält; nekrotische Knochenstücke müssen selbstverständlich entfernt werden. Was die gleichzeitig durchzuführende Allgemeinbehandlung betrifft, so soll man neben der Schmiercur in steigenden Dosen Jodkali verabreichen.

Dr. Lapayre (Fontainebleau) hat bei innerer Jodtherapie stets Verschwinden selbst voluminöser adenoider Vegetationen gesehen und konnte so seinen kleinen Patienten chirurgische Eingriffe sparen, die weit entfernt sind, ganz ohne Nachteile zu sein. Lapayre gibt die Jodtinktur in zunehmenden Dosen, beginnend mit sechs Tropfen dreimal täglich für Kinder von 5—9 Jahren und rasch bis auf 60 Tropfen steigend. Diese hohe Dosis von 180 gtt. pro Tag wird im Allgemeinen vollkommen gut ertragen; nur in vier Procent der Fälle wurden geringe Magenbeschwerden beobachtet, niemals ernste Zufälle. Das Jod findet man wieder im Urin.

Dr. Sevestre hatte vorzügliche Resultate mit Jodwein und Instillationen von Mentholöl in die Nasenhöhlen.

Um in Fällen, wo die Rhinoplastik aus der Gesichtshaut nicht möglich ist

Digitized by Google

und die Haut von weit entlegenen Körperteilen (Arm) hervorgeholt werden muss, dem Patienten das lästige Angipsen des Oberarms in unbequemer Stellung zu mildern, gibt Prof. Steinthal ein Verfahren an, das in Folgendem besteht: Aus der Haut des Sternums wird ein grosser Lappen abpräparirt, der in einem zu diesem Zwecke gemachten Einschnitt am Vorderarm befestigt wird; der Brückenlappen heilt hier an und wird nun als Wanderlappen weiter verwendet. Nach 10—12 Tagen wird der den Lappen mit der Brust verbindende Stiel durchtrennt und wenn der Lappen genügend ernährt ist, kann in den nächsten Tagen der weitere Act ausgeführt werden. Der Nasendefect wird angefrischt und der Lappen angenäht. Die Heilung erfolgt rasch und die Stellung des Armes ist eine bequemere als bei der Plastik vom Oberarm. Nach weiteren zehn Tagen kann der Lappen vom Arm abgetrennt und die endgiltige Correctur der Nase vorgenommen werden.

Gegen das Anlaufen der Spiegel bei Untersuchungen im Nasen-Rachenraume empfiehlt Prof. Urbantschitsch (Wien) die von Fuchs hergestellte Seifencomposition „Lasin".

Behandlung der Rhinitis chronica hypertrophicans durch submucöse Injectionen mit Chlorzink von Dr. Viollet (Gaz. d. hôp. — Schm. Jahrb. 272. Bd. 10. Heft). — Ueber zwei radicale Heilungen der Rhinitis atrophicans foetida durch eine neue operative Behandlungsmethode von Dr. Flatau (Deutsche Praxis. — Schm. Jahrb. 269. Bd. 1. Heft). — Dr. Dreyfuss über Behandlung der Ozaena auf der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg (Ther. d. Gegenw. 7. Heft). — Ein neues Heilmitttel gegen Ozaena von Dr. Bonnet (Sem. méd. — Wiener med. Blätter Nr. 47). — Chlormethylmenthyläther als Schnupfenmittel von Dr. Seifert (Deutsche Aerzte-Zeitg. Nr. 8). — Die Syphilis des Nasenrachens von Dr. Fischenich (Arch. f. Laryng. — Medico Nr. 8). — Dr. Lapayre und Dr. Sevestre über medicamentöse Behandlung der adenoiden Vegetationen in der Société de pédiatrie zu Paris (Münchener med. Wochenschr. Nr. 46). — Rhinoplastik aus der Brusthaut von Prof. Steinthal (Beitrag z. klin. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 5. Heft). — Gegen das Anlaufen der Spiegel bei Untersuchungen im Nasenrachenraume von Prof. Urbantschitsch (Wiener. klin. Wochenschr. Nr. 6).

**Röntgenstrahlen.** Ein Sammelreferat über Röntgendiagnose und Röntgentherapie liegt von Dr. Sobotta vor. Ausser für die Diagnose der Brüche und Verrenkungen benützt die Chirurgie die Röntgen-Strahlen auch noch zur Feststellung anderer Krankheiten der Knochen: Verdickungen und Auflagerungen aller Art, Sequester, Erweichungs-Herde verschiedener Aetiologie, Neubildungen der Knochen können heutzutage an allen Knochen des Skeletts durch Röntgen-Durchleuchtung sichtbar gemacht werden. Besonderes Interesse verdienen die durch Röntgen-Strahlen festgestellten Vorgänge von Knochenatrophie in Folge von langdauernder Immobilisirung von Gliedern. Von grosser Bedeutung sind die Röntgen-Strahlen ferner für die Diagnose von Steinbildungen aller Art. Nächst den Gallensteinen handelt es sich um die Nieren-, Ureter- und Blasensteine, die selbst durch noch so dicke Weichteildecken hindurch festgestellt werden können. Zum Nachweise von Fremdkörpern sind die Röntgen-Strahlen von jeher erfolgreich benutzt worden. Münzen u. dergl., die von Kindern hinuntergeschluckt waren, Nadeln, die absichtlich oder unabsichtlich in die Haut eingedrungen waren, lassen sich leicht sichtbar machen; ebenso Geschosse aller Art, und selbst ganz kleine Eisenteile bis zu 0,001 g Gewicht lassen sich unter Umständen noch nachweisen. Wichtig ist es auch, dass chemische Körper, namentlich die Jodverbindungen (Jodoform und Jodipin) nach Einverleibung in den Körper noch beobachtet werden können; durch wiederholte Aufnahmen lässt sich auch die Resorption dieser Stoffe, z. B. in tuberculösen Gelenken, erkennen. Als Hilfsmittel dienen die Röntgen-Strahlen dem Chirurgen auch bei der Nachbehandlung von Darmoperationen, indem sie es ihm ermöglichen, den zur Darmvereinigung benutzten Knopf (Murphy) nach seiner Abstossung in seiner Fortbewegung durch den Darm zu beobachten. In der Geburtshilfe haben die Röntgenstrahlen bisher nur eine sehr beschränkte Anwendung erfahren. Die Empfehlungen des Verfahrens beschränken sich auf die Diagnose des engen Beckens, der Extrauterin- und Zwillingsschwangerschaft. Bezüglich der inneren Krankheiten lernte man früh den dunklen Schatten des

Digitized by Google

Herzens von dem helleren der Lungen unterscheiden, man beobachtete am fluorescirenden Schirm die Bewegung von Herz und Zwerchfell. Es gelang, lufthaltiges Lungengewebe von luftleerem zu unterscheiden und sogar Cavernen am Lebenden zu diagnosticiren. Wichtiger für die Praxis ist der Nachweis von Lungenabscessen durch Röntgenstrahlen. Andere Organe machte man der Beobachtung mit Röntgenstrahlen zugänglich, indem man sie mit Salzlösungen oder Salzaufschwemmungen füllte, oder indem man Schlundsonden mit Metallinhalt in den Magen oder die Speiseröhre einführte. Des Weiteren ist die Arteriosclerose durch Röntgenstrahlen schon früh zu erkennen. Schwieriger gestaltet sich die Diagnose von Aneurysmen.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut schildert Dr. Scholz folgendermassen. Bei schwacher Einwirkung kommt es zur Rötung, leichter Infiltration, Schuppung, und Pigmentation, ferner zu Haarausfall und Veränderung der Nägel, bei intensiver Einwirkung der Strahlen kommt es zu heftigen Erscheinungen der Entzündung, zu Brand und gangränösem Zerfall der Gewebe. Die Geschwüre heilen nur langsam und bleibt eine weiche Narbe zurück, die oft von Teleangiektasien begleitet erscheint. Beim Haarausfall bleibt die innere Wurzelscheide in dem nicht stark veränderten Follikel zurück, daher ein Nachwachsen der Haare zu erwarten ist. Für parasitäre Affectionen ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, nach diesem Ausfallen der Haare noch energisch die Nachbehandlung zu leiten, so bei Favus und Sycosis. Auch bei Lupus waren gute Erfolge zu verzeichnen, doch leistet die chirurgische Therapie des Lupus ebensoviel. Scholz kommt zum Resultate, dass die Röntgentherapie viel Erfolge erzielen kann, dass aber die anderen therapeutischen Methoden durch dieselbe nicht verdrängt werden können.

Dr. Sjögsen und Dr. Sedesholm haben von Oktober 1899 bis December 1900 78 Kranke mit Röntgenstrahlen behandelt, von denen 27 an Lupus vulgaris, 6 an Lupus erythematodes, 5 an Tuberculiden, 11 an chronischem Ekzem, 4 an Epitheliom u. s. w. litten. Sie sind dabei in der Hauptsache zu folgenden Ergebnissen gekommen. Lupus vulgaris wird günstig beeinflusst. In den meisten Fällen ist diese Behandlung, besonders mit chirurgischer Behandlung combinirt und im Uebrigen genügend gründlich durchgeführt, thatsächlich heilend, obgleich Recidive im Anfang nicht zu vermeiden sind. Lupus erythematodes und die chronischen Hautkrankheiten, die im Verdacht sind, auf tuberculösem Grunde zu stehen und unter der Benennung Tuberculide zusammengefasst werden, werden ebenfalls von den X-Strahlen günstig beeinflusst. Auf gewisse Formen des chronischen Ekzems übt die Röntgenbehandlung schon nach kurzer Zeit eine günstige Einwirkung aus und bringt alte Formen dieser Erkrankung zur vollständigen Heilung. Das Jucken beim Ekzem und Pruritus ani et vulvae wird stets beeinflusst. Wenn keine bedeutende Veränderung der Haut dieser Teile durch die ursprüngliche Krankheit herbeigeführt worden ist und wenn die Ursache, die das Jucken hervorruft (Hämorrhoiden, Uterusmyome), nicht dauernd bleibt, kann Heilung eintreten. Alte Ulcerationen werden günstig beeinflusst, indem frische Granulationen entstehen, wonach Heilung eintritt. Bei Hypertrichosis bewirkt die Röntgenbestrahlung Haarausfall, der indessen nicht dauernd bleibt, weshalb erneuerte, eventuell mehrmalige Behandlung notwendig wird, um dauernden Erfolg herbeizuführen. Dieser Erfolg kann schon durch die erste Behandlung bewirkt werden, wenn sie dermassen kräftig durchgeführt wird, dass Atrophie der Haut als Folge der durch die Behandlung hervorgerufenen Reaction entsteht. Bei oberflächlichen Epitheliomen (Ulcus rodens) scheinen die Röntgenstrahlen von direct heilender Einwirkung zu sein, indem die Neubildung schrumpft und schliesslich schwindet. Bei Warzen findet dasselbe Verhältniss statt. Bei Psoriasis scheint diese Behandlung ziemlich wertlos zn sein.

Nach einer grossen Anzahl von Versuchen sind Prof. Schiff und Dr. Freund (Wien) zu dem Resultat gelangt, bei der dermatotherapeutischen Verwendung der X-Strahlen auf ge-

Digitized by Google

waltsame Effecte zu verzichten und die Bestrahlung so einzurichten. dass kaum nennenswerte und kaum sichtbare Reactionserscheinungen in der Haut entstehen. Sie machen dafür zahlreiche Sitzungen und glauben auf diese Weise sachlich und kosmetisch bessere Resultate zu erzielen und sich vor Schädigungen zu schützen. Aus diesem Grunde verwenden sie die an eigentlichen Röntgenstrahlen relativ armen harten Röhren und ziehen sie den intensiver wirkenden weichen Röhren vor.

Das elektrolytische Verfahren, welches bei richtiger Anwendung nur auf die Papille und Haarscheiden beschränkt werden kann und keine Narben lässt, ist nach Prof. Ehrmann (Wien) bei der Behandlung kleiner Naevis und umschriebener Hypertrichosis immer noch das empfehlenswertere Verfahren, bei grossen Naevis und ausgedehnter Hypertrichosis wird man die rascher wirkende Röntgenbehandlung vorziehen. Schmerzhaft ist die letztere nicht weniger als das elektrische Verfahren, ausserdem ist die Möglichkeit torpider Geschwüre wohl zu bedenken.

Mit Ausnahme der Hypertrichosis erzielt man nach Dr. Loewald bei Behandlung der Dermatosen mit den bekannten Heilmitteln ebenso gute Erfolge und ebenso schnell Heilungen, wie mit den Röntgenstrahlen oder mit dem Lichte nach Finsen. Bloss die Hypertrichose kann nach der alten Weise nicht so schnell und so gründlich beseitigt werden, wie mit dem Röntgen-Lichte. Es ist ferner zu erwähnen, dass die erwähnte Lichttherapie eine sehr kostspielige Behandlung ist; dass die Kranken oft statt einer ambulanten Behandlung der klinischen Aufnahme bedürfen und ab und zu doch schädigende Nebenwirkungen eintreten.

Röntgen-Diagnose und Röntgen-Therapie von Dr. Sobotta (Allg med. Central-Zeitg. Nr. 67). - Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut und ihre Verwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten von Dr. Scholz (Dermat. Centralbl. Nr. 9). — Beitrag zur therapeutischen Verwertung der Röntgenstrahlen von Dr. Sjörgen und Dr. Sederholm (Fortschr. a d. Geb. d. Röntgenstrahlen 3. Bd.) — Prof. Schiff über die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Dermatotherapie auf dem deutschen Dermatologencongresse (Ther. d. Gegenw. 8. Heft). — Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X-Strahlen von Prof. Ehrmann (Wien. med. Wochenschr. — Münch. med. Wochenschr Nr. 33). — Ueber die Behandlung der Hautkrankheiten mit Finsens concentrirtem Lichte und X-Strahlen von Dr Loewald (Dermat. Zeitg. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1. Heft).

# S.

**Sandbad.** Dr. Teuscher hebt folgende Vorzüge des heissen Sandbades gegenüber dem Heissluft- und Dampfbade hervor: Fehlen der lästigen Beklemmungserscheinungen, Trockenheit der Haut während des Schweissausbruches, ganz ausserordentlich energische und gleichmässige Entziehung der Flüssigkeit, minimale Steigerung der Herzthätigkeit und der Atemfrequenz, Verwendung sehr hoher Temperaturen ohne Ueberhitzung des Körpers. Die Indicationen des heissen Sandbades ergeben sich aus der Eigenschaft desselben, Entzündungsproducte aufzusaugen und den Stoffwechsel energisch anzuregen; in der Therapie der Ischias nimmt dasselbe besonders in der Form des Sandteilbades (Sandsäcke) schon seit Alters einen wichtigen Platz ein.

Ueber ein fahrbares Sandbad nach Prof. v. Jaksch zur Behandlung von Erkrankungen der Hand- und Fussgelenke berichtet Dr. Hoke (Prag). Der Apparat besteht aus einem Kupferblechkasten mit Sand gefüllt, unter welchem ein verschiebbarer Brenner angebracht ist, welcher den Sand rasch auf 40—60° C. erhitzt. Der Kasten hat einen mit Asbest gefütterten Ausschnitt zur Aufnahme der erkrankten Extremitäten und läuft auf vier

Digitized by Google

Gummirädern. Der angestrebte therapeutische Effect ist natürlich derselbe wie bei anderen ähnlichen Apparaten: Locale Temperatursteigerung, starke locale Diaphorese etc.

Heisse Sandbäder von Dr. Teuscher (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 4. Heft). — Ueber ein fahrbares Sandbad von Dr. Hoke (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 5. Bd. 7. Heft).

**Sapolan.** Das Sapolan, welches aus 2½ Teilen gereinigtem Naphtha, 1½ Teilen Lanolin und 3—4% Seife besteht, wurde von Dr. Sellei (Budapest) in 52 Fällen versuchshalber angewendet. Die Fälle verteilen sich folgendermassen: Verschiedene Formen des Ekzems 19, Dermatitis arteficialis 5, Neurodermia 5, Scabies 6, Pruritis cutan. univ. et circumscript. 6, Erythema exsudat. multif. 1, Rosacea 1, Ecthymata 2, Psoriasis v. 3, Ekzema margin 1, Dermatomycosen 3, Prurigo 1. Das Sapolan hat sich als unwirksam erwiesen gegen die durch pflanzliche Parasiten verursachten Hautkrankheiten, ebenso wie bei Scabies. Mit ziemlich gutem Resultate wurde es bei oberflächlicher Psoriasis und bei einem oder dem anderen localen Pruritus verwendet, ohne natürlich dem Leiden definitiv abzuhelfen. Mit gutem Erfolge konnte es besonders gegen chronische squamöse Ekzeme angewendet werden. Es bewährte sich da teils als vorbereitende Cur, teils als Nachcur. Sellei glaubt, dass es wegen seines billigen Preises auch in der Armenpraxis verordnet werden, und besonders bei chronischen Ekzemen, Neurodermien u. s. w. mit Nutzen angewendet werden könne.

Ueber Sapalon von Dr Sellei (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Ung. med. Rev. Nr. 5).

**Saponin.** Dr. Rausom (Marburg) studirte die hämolytische Wirkung des Saponins an Hundeblut. Verfasser machte die Erfahrung, dass Saponin für die roten Blutkörperchen giftig ist, indem es einen wesentlichen Teil ihrer Structur, das Cholesterin angreift. Zuerst wird die Oberfläche der roten Blutkörperchen angegriffen, nach einer gewissen Zeit tritt dann das Hämoglobin aus. Das Cholesterin ist nur wirksam gegen das eigentliche Saponin und die Glieder der Saponingruppe, vielleicht auch nicht gegen alle diese. Gegenüber anderen Hämolysinen pflanzlichen Ursprungs sowie gegen die hämolytische Wirkung fremder Sera scheint es vollständig unfähig, einen Schutz auszuüben. Es ist hiermit nach Verfasser zum ersten Male gelungen, direct aus dem von einem Toxin angegriffenen Gewebe die Substanz, welche den Angriffspunkt für das Toxin bildet, rein zu isoliren und gleichzeitig zu demonstriren, dass derselbe Stoff auch als Schutzmittel dienen kann und thatsächlich dient.

Saponin und sein Gegengift von Dr. Rausom (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13).

**Sauerstoffinhalation.** In einer zusammenfassenden Uebersicht liefert Dr. F. Klemperer (Berlin) eine kurze Geschichte der Sauerstofftherapie und zeigt dabei, dass, so unbestreitbar ihr praktischer Wert auch sei, die physiologische Forschung ihr keine Unterlage biete, indem das Experiment erwiesen habe, dass der tierische Organismus beim Atmen in reiner Sauerstoffatmosphäre nicht mehr O aufnimmt, als beim Atmen in gewöhnlicher Luft. Verfasser stellt aber als Thatsache hin, dass Sauerstoff bei Zufuhr unter erhöhtem Druck in erheblich vermehrter Menge in das Blut aufgenommen werde. Wie er wirkt, ist freilich eine andere Frage. Michaelis hat an der Klinik v. Leyden bei Hunderten von Kranken kolossale Mengen von O inhaliren lassen und konstatirte, dass die Kranken den Sauerstoff gerne genommen haben, zumal dyspnoische Patienten, und dringend um die Wiederholung dieser Inhalationen baten. Objectiv wurde dabei zumeist Abnahme der Pulszahl und der Atemfrequenz beobachtet. Zweifellose Erfolge wurden erzielt: 1. bei Vergiftungen, speciell bei der Kohlenoxydvergiftung (geradezu Antidot!), bei Rauchvergiftung, bei Vergiftungen durch Minengase, in Tunnels etc., bei Methämoglobinvergiftung (Brat). Eine eclatante Wirkung erzielte Michaelis in einem Falle von Morphiumvergiftung, wenn auch der Fall schliesslich letal endete, andere bei

Digitized by Google

Strychninvergiftung. Georg Meyer empfiehlt diese Inhalationen noch bei Ertrunkenen, Wolgemuth in der Chloroformnarkose. Hier wie in anderen Fällen leiste die O-Einatmung mehr als die blosse künstliche Einatmung. In zweiter Linie sind es mannigfache dyspnoische Zustände, in welchen diese Inhalationen wesentliche Erleichterungen verschaffen. So in Erstickungsfällen bei Larynx- oder Trachealstenose, bei Dyspnoe im Gefolge von Bronchitiden, Lungenemphysem etc. Auch bei Asthma pulmonale, namentlich bei Asthma cardiale, Herzschwäche der Bronchitiker und Emphysematiker, in Fällen von Aneurysma mit Asthmaanfällen etc., endlich zur Erleichterung des Todeskampfes überhaupt wurden diese O-Inhalationen oft mit gutem Erfolge angewandt. Die Menge des O variirte zwischen 15 bis 20 l, welche auch mehrmals täglich in Gebrauch kamen.

Prof. v. Leyden bespricht einen Fall von hochgradigem Emphysem, bei dem wiederholt in typischer Weise die bedrohlichsten Symptome von Dyspnoë und Cyanose durch O-Inhalation behoben wurden.

Prof. Senator hat bei dyspnoischen Herz- und Lungenkranken eine subjective Beruhigung nach den Inhalationen von Sauerstoff eintreten sehen; er empfiehlt zu diesem Zwecke ozonisirten Sauerstoff.

Dr. Aron (Berlin) sah eine auffällige Abnahme der Cyanose bei Sauerstoffinhalation; einmal kam es bei cardialer Dyspnoë zu Lungenembolie nach den Inhalationen. Wirksam scheinen die O-Inhalationen nur bei Kohlenoxydvergiftung, vielleicht auch bei Anilinvergiftung und bei Erkrankungen in Folge Aufenthalts in verdünnter Luft zu sein.

Prof. Hagenbach-Burckhardt (Basel) stellte in 20 Fällen bei Kindern Versuche an. Die Cyanase soll durch die Sauerstoffinhalation schwinden, die Respiration seltener und tiefer, die Atmungsmuskeln ausser Thätigkeit gesetzt werden.

Dr. Davidsohn (Berlin) construirte für die Sauerstoffinhalation gläserne billige (1 Mark) Mundstücke, durch die bequem geatmet werden kann, während die Exspiration durch die Nase geschieht. Die Mundstücke haben den Vorteil, dass sie leicht zu reinigen sind und jeder Patient sich ein eigenes kaufen kann; ausserdem geht hier kein Gas verloren.

Ueber Sauerstofftherapie von Dr. F. Klemperer (Ther. d. Gegenw. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43). — Ueber Sauerstofftherapie von Prof. v. Leyden (Chemische und medicinische Untersuchungen. Festschr. z. Feier d. 60. Geburtstages von Max Jaffe. Braunschweig 1901. Fr. Vieweg u. Sohn). — Prof. Senator und Dr. Aron über Sauerstoff-Inhalation in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Ther. Monatsh. 8. Heft). — Ueber Sauerstoff-Inhalationen bei Kindern von Prof. Hagenbach-Burckhardt (Jahrb. f. Kinderheilk. 54. Bd. 4. Heft). — Dr. Davidsohn zur Technik der Sauerstoffinhalation im Verein für innere Medicin zu Berlin (Ther. Monatsh. 7. Heft).

**Scabies.** In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Prof. Kaposi (Wien) bei Scabies besonders das Unguentum sulfuratum Wilkinsonii (zweimal einzureiben) und sein Unguentum naphtholicum compositum (einmalige Einreibung genügt), letzteres noch mit dem Vorzuge der Farb- und Geruchlosigkeit. Diese Mittel zieht er deshalb vor, weil man bei ihrer Anwendung in der Schwarzfärbung bei der ersteren, in dem Eingesunkensein des Milbenganges bei der letzteren Salbe Kriterien der Milbentödtung hat.

Pathologie und Therapie der Scabies von Prof. Kaposi (Heilk. 6. Heft).

**Scarlatina.** Dr. Hirsch (Erkelenz) berichtet über die Therapie des Scharlachs auf Grund seiner an Prof. Heubner's Klinik gemachten Erfahrungen. Da es kein Specificum gegen diese Krankheit gibt, muss nach Autor die hygienisch-diätetische Behandlung in den Vordergrund gestellt werden. Gute Ernährung ist sehr wichtig, damit die Kinder in die Lage gebracht werden, den Angriffen der Krankheit Widerstand zu leisten. Schwache Kinder oder solche, die wegen grosser Veränderungen im Rachen nicht schlucken können, müssen deshalb Nährklystiere erhalten. Das Fieber wird durch lauwarme Bäder bekämpft. Kopfschmerzen und die damit verbundene Benommenheit durch kalte Umschläge und Eisblase, Jactationen und Unruhe

Digitized by Google

durch Chloralhydrat 0,3—1,0 per clysma. Bei Herzschwäche kommen warme Bäder mit kalten Uebergiessungen, Wein, Excitantien in Anwendung. Von Anfang an erheischt die Mund- und Rachenhöhle die sorgfältigste Pflege. Der Mund ist mit Bor- oder Salicylsäure auszuwaschen, gegen Foetor ex ore empfiehlt sich Kali hypermanganicum als Gurgelwasser. Ist die Zunge zu stark mit Epithelabstossungen belegt, so benutzt man 3% Carbolsäure zum Auswaschen, die sich auch, ebenso wie Argentum nitricum (½%), gegen Stomatitis bewährt. Der Behandlung am schwersten zugänglich ist das Diphtheroid, das den Boden zu der gefährlichsten Sepsis abgibt. Von grosser Wirksamkeit sind gegen diese Complication ein- bis dreimal täglich vorzunehmende Injectionen einer halben Pravaz-Spritze 3%iger Carbolsäure in die Tonsillen. Zur bequemeren Handhabung empfiehlt sich die Benutzung eines besonderen, 11 cm langen Ansatzstückes für die Spritze. Damit dasselbe nicht in die Arteria carotis eindringen kann, wenn das Kind etwa plötzliche Bewegungen macht, soll 0,5 cm von der Spitze entfernt eine Armirung angebracht sein. Da die Arterie über 1 cm entfernt liegt, ist damit jede Gefahr ausgeschlossen. Das Verfahren ist entschieden schonender, als die länger dauernden, quälenden Pinselungen. Was die anderweitigen Complicationen betrifft, so ist Folgendes zu bemerken: Der einfache Schnupfen und die schwere Coryza wurden mit Desinficientien behandelt, z. B. 4% Borwasser, Salicylsäure, Nosophen, Natron sozojodolicum; Conjunctivitis wurde mit 1% Argent. nitric., 1% Zinc. sulfur. und weisser Präcipitatsalbe behandelt. Bei erheblicheren Drüsenschwellungen kamen hydropathische Umschläge, Brei- und Leinsamenkataplasmen in Anwendung. Von Salben wurde Jodvasogen mit gutem Erfolge gegeben, während Unguentum Kali jodati ohne Erfolg blieb. Um der Nephritis vorzubeugen, wurde häufiger strenge Milchdiät durchgeführt, nicht immer mit dem gewünschten Erfolg. Trotzdem ist die reine Milchdiät zu befürworten und nur dann, wenn das Gewicht abnimmt oder die Kräfte sinken, soll man zu gemischter Kost schreiten. Im Verlauf der Nephritis selbst hat die Milchdiät gute Dienste geleistet. Ferner wurden gewöhnlich Einpackungen gemacht, um Schweiss hervorzurufen, ausserdem Pilocarpin 0,02 : 100,0 — einmal ein Esslöffel — gegeben. Um die Blutungen bei Nephritis haemorrhagica herabzusetzen, wurde Liquor ferri sesquichlorati und Extractum secalis cornut. fluid. angewendet, gegen die Urämie Pilocarpin bezw. Aderlass. Bei der einfachen Synovitis scarlatinosa, dem Rheumatoid, wurden die Gelenke fixirt unter gleichzeitiger Verabreichung von 3,0 : 100,0 Natr. salicyl., dreimal täglich 10 g. Bei Endocarditis Eisblase aufs Herz und innerlich Tinctur. opii und Tinctur. valerian. zu gleichen Teilen. Sonstige Complicationen wurden ebenfalls symptomatisch behandelt.

Wie Prof. Baginsky (Berlin) behauptet, sind Prophylaxe und Therapie nicht immer im Stande, die Nephritis bei Scharlach zu verhüten; hier spielt der Gang der Epidemien augenscheinlich eine wesentliche Rolle. Die Prophylaxe besteht in 1. absoluter Milchdiät in den ersten 14 Tagen, 2. vegetabilischer Diät in weiteren 14 Tagen und 3. absoluter Bettruhe für die Zeit von 4 Wochen, selbst wenn kein Fieber vorhanden ist. Die Therapie sei exspectativ, am besten nihil, nur erst bei langdauernder Hämaturie und Albuminurie innerlich Acid. tannicum (1 : 100 dreistündlich ein Kinderlöffel voll). Diuretica sollen meist nur in Form von alkalischen Wässern gegeben werden. Gegen urämische Erscheinungen bewähren sich bei sehr gespanntem Pulse Blutentziehungen oder auch Schwitzbäder und Chloral- oder Chloroforminhalationen.

Zur Therapie des Scharlachs von Dr. Hirsch (Jahrb. f. Kinderheilk. — Medico Nr. 6). — Ueber Scharlach-Nierenentzündung von Prof. Baginsky (Klin.-ther. Wochenschr. — Medico Nr. 45).

**Schiefhals.** Für die unblutige Behandlung des musculären Schiefhalses tritt Prof. Lorenz (Wien) ein. Er führt bei diesem Leiden die subcutane Myorrhexis aus. Die erreichte Umkrümmung wird sofort durch einen Dauerverband fixirt. Die bisher erreichten Resultate sind insoferne ideale, als jede Spur



Digitized by Google

der Deformität verschwindet. Es fehlt sowohl die Narbe als auch die bekannte seitliche Abflachung der Halsbasis, da die Muskelkulisse des Kopfnickers erhalten und derselbe soweit dehnbar bleibt, dass entgegengesetzte Kopfneigungen leicht ausgeführt werden können. Die Indicationsgrenzen der subcutanen Myorrhexis sind mit Sicherheit noch nicht festzustellen, die gelungenen Fälle standen im 6., 8. und 14. Lebensjahre. An einem im 9. Lebensjahre stehenden Knaben und bei zwei Patientinnen in den ersten 20er Jahren misslang die Methode. Lorenz hofft, dass dieselbe dem kindlichen Schiefhalse gegenüber stets ausreichender werde. Beim veralteten Schiefhalse der Adolescenten und Erwachsenen bleibt die Myotomie zu Recht bestehen. Doch hat Lorenz selbst in diesen Fällen mit der subcutanen Myotomie und energischen, modellirenden Redressements der Halswirbelsäule, sein Auslangen gefunden. Lorenz leugnet nicht, dass in solchen Fällen auch die von Mikulicz empfohlene Exstirpation des Kopfnickers gute Resultate geben könne. Allein er hält das Verfahren für unnötig eingreifend, wegen der starken Abflachung der kranken Halsseite für entstellend und zudem für überflüssig.

Dr. Joachimsthal (Berlin) hat innerhalb der letzten drei Jahre 14 Fälle von musculärem Collum obstipum mittels offener Durchtrennung des Muskels operirt und hat vortreffliche Resultate erzielt. Das Vorgehen war dem von Lorenz angegeben ähnlich. Von einem möglichst kleinen Hautschnitt zwischen den beiden Köpfen des Musculus Sternocleidomastoideus wurden in ausgedehnter Weise alle verkürzten Weichteile durchtrennt, die Wunde in ganzer Ausdehnung vernäht. Unmittelbar nach der Operation kein Redressement. Nach zehn Tagen Entfernung des ersten Verbandes. Nach primärer Heilung der Wunde Massage, active und passive Krümmungen und Suspensionsübungen in der Dauer von vier Wochen. Die Kranken befanden sich im Alter von 11 Monaten bis zu 26 Jahren. Die Resultate in Bezug auf die Stellung des Kopfes waren zufriedenstellend, indem die Patienten denselben im Gegensatze zu früher nicht nur aufrecht und genau in der Mittellinie hielten, sondern auch nach beiden Seiten gleich frei bewegten. Die Halswirbelskoliose und ebenso anderweitige Verkrümmungen der Wirbelsäule sind nach der Operation vollkommen geschwunden.

Wenn sich nach offener Durchschneidung des Kopfnickers zwischen den durchschnittenen Muskelenden zu kurze Bindegewebsstränge bilden, ist nach Dr. Schanz (Dresden) der Gipsverband daran schuld, welcher die corrigirte Stellung des Halses nicht aufrecht hält. Schanz legt deshalb einen elastischen, allen Kopfbewegungen folgenden Verband aus abwechselnden Schichten von Watte und Mullbinden an, wobei letztere immer fester und fester angezogen werden. Bei diesem Verbande besteht die Gefahr der Lähmung des Plexus brachialis. Man achte daher auf das Einschlafen des Armes, um den Verband rechtzeitig zu lockern.

Prof. Lorenz über die unblutige Behandlung des musculären Schiefhalses auf der deutschen Naturforscherversammlung (Münch. med. Wochenschrift Nr. 43). — Zur Behandlung des Schiefhalses von Dr. Joachimsthal (Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 7). — Die Behandlung des angeborenen Schiefhalses mit offener Durchschneidung des Kopfnickers und Watte-Redressionsverband von Dr. Schanz (Münchener med. Wochenschr. — Wiener med. Blätter Nr. 44).

**Schlaflosigkeit.** Auf dem Congresse für innere Medicin besprach Dr. Müller de la Fuente (Schlangenbad) die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Ueber die normale Schlafdauer gibt es keine bestimmte Regel, sie ist von dem individuellen Schlafbedürfniss abhängig. Viel Schuld an der Schlaflosigkeit ist dem Alkohol beizumessen, eine gewisse „Bettschwere“ ist der Nachtruhe eher schädlich als förderlich. Nicht unwesentlich ist auch der Einfluss der Autosuggestion. Der Gedanke, dass man nicht würde schlafen können, hindert an sich schon den Eintritt des Schlafes; das ist namentlich bei hysterischen Frauen nicht selten der Fall. Müller de la Fuente empfiehlt, in solchen Fällen ein Schlafmittel in Oblatenform zu geben, und wenn es einige Tage gewirkt hat, es

Digitized by Google

durch einfachen Zucker zu ersetzen. s ist bekannt, dass das moderne Grossstadtleben ein wesentlicher Faktor in der Aetiologie der Schlaflosigkeit ist, und es wird darauf ankommen, den Einfluss desselben durch Bewegung im Freien, Vermeidung von Aufregungen aller Art, auch aufregender Lectüre u. A. zu compensiren. Das Schlafen am Tage muss vermieden werden, das Schlafzimmer soll kühl, das Bett nicht zu warm sein; mitunter leistet Erwärmung der Füsse und Tieflagerung des Kopfes gute Dienste.

Dr. Sloan hat den faradischen Strom zur Behandlung chronischer Schlaflosigkeit mit gutem Erfolge an den Schädel applicirt. Der Erfolg trat schon nach sechs Sitzungen ein; jede Woche 2—3 Sitzungen; Dauer der Sitzung 15 Minuten. Zur Abmessung der Stromstärke benutzte Sloan ein besonderes Faradimeter; zur Erzielung des sedativen Effectes hielt er eine besondere secundäre Rolle mit 8—9000 Windungen für notwendig, weil von der Anzahl der Windungen die sedative Wirkung abhängen soll; Rollen mit sehr geringer Anzahl der Windungen sollen geradezu aufregend wirken. Sloan fängt mit schwachen Strömen von ½ Milliampère an, steigert die Stärke nicht über 1 Miliampère. Zur Controlle des secundären Stroms wie des primären sind Rheostaten erforderlich. Sloan wendet grosse, weiche Electroden an, von denen die eine auf die Stirn, die andere im Genick angesetzt wird; diese wird mit dem negativen, jene mit dem positiven Pol verbunden. Während der Behandlung sollen alle Medicamente ausgesetzt werden. Einige Stunden nach jeder Sitzung ist jede geistige Arbeit untersagt. Während der Sitzung selbst sollen sich die Kranken vollständig ruhig verhalten, auch nicht sprechen, und unmittelbar nach Abnahme der Elektroden einige Minuten lang ganz still sitzen bleiben, weil sonst beunruhigende Erscheinungen auftreten können. Die Application des faradischen Stroms verursacht keinerlei Schmerzen, sondern erregt nur ein „besänftigendes" Gefühl.

Nach Ropiteau soll die Verbindung von Trional mit Paraldehyd ein Hypnoticum geben, das 4—5 mal so wirksam sei wie Trional und lange ohne Furcht vor Angewöhnung gegeben werden könne. Die Versuche, welche Dr. Müller (Freiburg) anstellte, ergaben, dass die Behauptung Ropiteau's von der auffallenden Wirksamkeit der genannten Combination unrichtig ist. Nach Autors Erfahrungen ist das Paraldehyd zur Zeit noch dasjenige Hypnoticum, welches dem Bedürfnisse des Irrenarztes nach einem prompt und verlässig wirkenden, ungefährlichen, auch zu längerer Darreichung in höheren Dosen geeigneten und dabei billigen Schlafmittel am meisten entspricht; man sieht sich bei seiner Anwendung allerdings oft gezwungen, die Maximaldosis zu überschreiten und manchmal auch dreistere Gaben anzuwenden, aber unter der Voraussetzung der völligen Reinheit des Präparates ohne die mindeste Gefahr, ja sogar ohne nachweisbare Alteration in objectiver und subjectiver Beziehung. Autor gibt das Paraldehyd in starkem, mit Candiszucker gehörig versüsstem Pfefferminzthee. Er stösst bei dieser Medication nur da auf Widerstand, wo überhaupt jede innerliche Darreichung einer Arznei misslingt.

Bei der auf Arteriosklerose beruhenden Schlaflosigkeit hat sich Dr. Friedeberg (Magdeburg) in drei von fünf Fällen Nitroglycerin in Tabletten à 0,0005 (5 dcmgr.) unmittelbar vor dem Schlafengehen, resp. noch zwei Stunden früher die gleiche Gabe sehr gut bewährt. Um einer länger dauernden, nicht schädigenden Wirkung sicher zu sein, empfiehlt sich die Darreichung an jedem dritten Abend; wenn tägliches Einnehmen nötig, so nach 5—6 Tagen eine ebenso lange Pause; inzwischen im Notfalle 1 g Trional oder Sulfonal.

Dr. Müller de la Fuente über nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung auf dem Congresse für innere Medicin (Aerztl. Praxis Nr. 9) — Faradisation des Kopfes bei chronischer Schlaflosigkeit von Dr. Sloan (Brit. med. Journ. — Allgem. med. Central-Zeitg. Nr. 72). — Bemerkungen über die Brauchbarkeit einer Combination von Trional und Paraldehyd als Schlafmittel von Dr. Müller (Ther. Monatsh. 10. Heft). — Zur Behandlung der auf Arteriosklerose beruhenden Schlaflosigkeit von Dr. Friedeberg (Klin.-ther. Wochenschr. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 36).



Digitized by Google

**Schreiber- und Pianistenkrampf.** Prof. Zabludowski (Berlin) unterscheidet folgende Formen: 1. Ascendirende Formen durch Erkrankung von Muskeln oder Nerven der oberen Extremität, meist durch schlechte Schreibmethode. 2. Descendirende als Teilerscheinung von Gehirn- und Rückenmarkserkrankung. 3. Centrale Neurosen, Hysterie etc. 4. Mischformen von Neurosen mit anderen Formen. Die Behandlung der peripheren Formen besteht mit günstigem Erfolge oft schon darin; dass man die ganzen Schreibgewohnheiten des Betreffenden verändert, den Sitz am Schreibtisch wechselt, den Stuhl dazu schief gegen den Tisch stellt etc. Durch diese Veränderungen werden Druck- und Schmerzpunkte, von denen die Schreibschwierigkeit herrührt, ausgeschaltet. Bei schweren Fällen von Zuckungen lässt Zabludowski einen kleinen Apparat gebrauchen, nämlich eine Art Anker, auf den oben der Federhalter angeleimt ist. Man kann also in den Anker fest hineinfassen, und die Finger haben nichts mit dem dünnen Federhalter zu thun. Zur Unterstützung aller Maassnahmen ist eine vorher oder nachher geübte Massage von grösstem Vorteil. Bei den centralen Nervenleiden verzichtet man am besten auf Tinteschreiben, sondern sucht ein möglichst gutes Bleistiftschreiben zu erzielen. Bei den centralen Neurosen geht gewöhnlich die allgemeine Aufregung von besonders empfindlichen Druckpunkten am Arm etc. aus und es handelt sich darum, diese pathologischen Reflexe von der Peripherie aus durch eine gänzlich veränderte Schreibmethodik zu vermeiden. Dazu ist oft erfolgreich, dass man die schreibende Hand in eine Supinationsstellung bringt. Bei den Mischformen der centralen Neurosen mit anderen Formen sind diätetische und hydropathische Proceduren nicht zu versäumen. Bezüglich der Klavierspielerkrankheiten stellt Zabludowski fest, dass zumeist ein Ueberspielen der Finger durch zu breite Tasten für nicht genügend grosse Hände stattfindet. Es handelt sich zumeist um traumatische Entzündungen; neuritische Schmerzen, die sich bis zum Rücken oder der Brust öfter mit Ueberspringung mancher Gelenke ausbreiten, sind häufig. Zabludowski rät zum Gebrauch von Jugendklaviaturen mit schmaleren Tasten, die er hat construiren lassen und zum allmählichen Uebergang, später zu den gewöhnlichen Klaviaturen.

Die Therapie des Schreibe- und Klavierkrampfes ist nach Dr. Bum (Wien) eine allgemeine (roborirende) und eine locale. Wichtig ist längere Abstinenz vom Schreibgeschäfte, bezw. Klavierspiel. Local ist neben warmen Hand- und Armbädern Massage der Muskulatur der ganzen Extremität, ferner Uebungen der Finger, endlich Widerstandsgymnastik an den bekannten Apparaten von Herz, Zander, im Notfalle an Thylo's Vorrichtung zu empfehlen. Beim Graphospasmus kommt noch eine Art Schreibeunterricht durch den Arzt selbst in Frage. Von den einzelnen Formen des Schreibekrampfes bietet nur die spastische Aussicht auf Heilung, resp. Besserung, zumal bei frühzeitiger Intervention des Arztes. Autors Statistik umfasst 25 Fälle von Graphospasmus (18 Heilungen, resp. Besserungen) und 17 Fälle von Klavierkrampf (11 definitive Heilungen), welchen sich einzelne Fälle von Geiger-, Cello-, Zither-, Tänzerinnen-, Bicycle-, Masseur- und Tenniskrampf anschliessen.

Ueber Schreiber- und Pianistenkrampf von Prof. Zabludowski (Sammlung klin. Vorträge.). — Dr. Bum über Pathologie und Therapie des Schreibe- und Klavierkrampfes im Wiener medicinischen Doctorencollegium (Wiener med. Blätter Nr. 47).

**Schulhygiene.** Prof. Anton (Graz) schildert den Einfluss der geistigen Ueberanstrengung auf Psyche und Körper bei Kindern und fasst seine Auseinandersetzungen in folgenden Thesen zusammen: Die langdauernde geistige Arbeit bewirkt eine allmähliche Herabsetzung der psychischen und körperlichen Leistungen. Auch durch stete Körperermüdung wird geistige Ermüdung hervorgerufen. Die Ermüdung, sowie die Ermüdungsgefühle sind wie der Schmerz als wohl zu beachtender Selbstschutz des Organismus zu beachten. Die Zeit und die Art der Erholung sind individuell zu bestimmen. Innerhalb gewisser Grenzen bedeutet die Ermüdung keine Schädigung für den gesunden Organismus. Diese wird

Digitized by Google

aber durch stetige Ermüdung ohne Ruhepausen hervorgerufen. Die unwillkürliche Gedächtnissarbeit ermüdet in viel geringerem Maasse, als die provocirte willkürliche Entfaltung dieser Thätigkeiten. Die Hemmungen und Selbstregulirungen sind bei letzterer als eine beträchtliche Mehrarbeit zu betrachten. Dem Spiele ist ein grosser Erholungswert beizumessen, umsomehr, als die Spiele als Ausgleich in Verbesserung des Gemütszustandes zu betrachten sind. Die andauernde geistige Erschöpfung ist folgenschwer für das in Entwicklung begriffene Gehirn, dessen Gewebe an sich in einem irritativen Zustande sich befindet. Das kindliche Gehirn neigt zu Entzündungen und die nervöse Erschöpfung bewirkt geringere Widerstandskraft des Kindes gegen verschiedene körperliche Erkrankungen. Von den krankhaften Vorkommnissen im Nervenleben der Kinder sind besonders zu beachten die reizbare Nervenschwäche, die kritische Zeit der Geschlechtsreife und die beträchtlichen periodischen Schwankungen der Function des Grosshirns bei vielen Individuen. Das Sistiren der geistigen Fortentwicklung und der Nachlass der geistigen Arbeitskraft sind besonders im der Zeit vom 12. bis 20. Jahre eine dringende Indication zu rationeller, gründlicher Schonung und allfällig einzugehender ärztlicher Behandlung.

Prof. Anton über geistige Ermüdung des Kindes im gesunden und kranken Zustande im Vereine der Aerzte zu Steiermark (Wiener klin. Wochenschrift. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft).

**Sclerokeratitis rheumatica.** Dr. Pfalz schildert den Verlauf der Erkrankung an der Hand einer Krankengeschichte. Patient, 29 Jahre alt, klagt über sein rechtes Auge. Pericorneale Injection stärker oben, hier auch Druckempfindlichkeit, Lichtscheu und Fremdkörpergefühl, zuweilen Stirnkopfschmerz. Iris normal. Pupille reagirt prompt. Laue Umschläge und etwas Atropin bewirken in den ersten acht Tagen kaum eine Aenderung. In der zweiten Woche schienen mit der Lupe ein paar tiefsitzende parenchymatöse Trübungen mit Epithelstichelung vorhanden zu sein, die bei der nächsten Untersuchung verschwunden waren. Nach drei Wochen Heilung. Einige Monate später trat dieselbe Erkrankung am anderen Auge auf, die denselben Verlauf nahm, so dass nach 14 Tagen nur mehr geringe Rötung und etwas Lichtscheu vorhanden waren. Durch eine Erkältung, die sich der Kranke zugezogen hatte, änderte sich das Bild plötzlich. Es zeigte sich eine acute Iritis mit dickem Pupillarexsudat. Die Pupille, die tags vorher noch weit gewesen war, jetzt eng. Auf salicylsaures Natrium, Atropin, Kataplasmen etc. verschwand das bedrohliche Bild in kurzer Zeit. Die Erkrankung wiederholte sich des Oefteren, bald links, bald rechts, auch auf beiden Augen zugleich. Die Rückfälle wurden milder, die letzten dauerten nur fünf Tage. Der Verlauf ohne Salicylwirkung nimmt drei Wochen und darüber in Anspruch; anders jedoch, wenn Salicyl gegeben wird. Schon nach wenigen Gramm blasst die Injection ab, die subconjunctivalen Beschwerden verschwinden, und in 3—4 Tagen ist der Patient geheilt. Bei der acuten Form dieser Erkrankung ist es ähnlich wie beim acuten Gelenkrheumatismus. Alleinherrscher ist das Salicyl und es genügt allein zur Heilung. Sobald der Process sich in die Länge zieht, bemerkt man eine Abnahme der Wirkung bis zum vollständigen Versagen. Jodkali und Inunctionen traten dann an seine Stelle. Immerhin leistet das Salicyl auch in diesem Stadium als Analgeticum seine guten Dienste. Da das Salicyl die bekannten Nebenwirkungen auf den Magen hat, wurde Aspirin versucht, welches ebenfalls zufriedenstellende Resultate gab, so dass es in diesen Fällen als wertvoller Ersatz für das Salicyl angesehen werden kann.

Ueber Sclerokeratitis rheumatica nebst Bemerkungen über die Wirkung von Natrium salicylicum und Aspirin von Dr. Pfalz (Zeitschr. für Augenheilk. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 2. Heft).

**Sehnenüberpflanzung.** Dr. Wunik berichtet über 16 Sehnenüberpflanzungen, die in dem chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig ausgeführt worden sind. Davon entfielen am Unterschenkel auf Pes varo-equinus paralyt. 7, auf Pes valgus paralyt. 1, Pes valgo-calcaneus paralyt. 1, Pes varo-equinus

Digitized by Google

spast. 1, Pes valgo-equinus spast. 3, Pes varo-equinus congen. 1. Am Oberschenkel wurde einmal wegen einer Quadricepslähmung und am Arm einmal wegen einer hochgradigen spinalen Lähmung die Sehnenverpflanzung angewandt. In Uebereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Chirurgen wurde auch hier wiederum die Beobachtung gemacht, dass sich jedes dieser Kinder nach der Operation wohler befand, dass die Leistungsfähigkeit zunahm, dass die vorher schlaffen, kalten, blauroten Gliedmaassen wieder neues Leben bekamen und dass für jedes dieser Kinder der früher notwendige Stützapparat nach der Operation entbehrlich geworden ist. So lange bei gelähmten Kindern noch Spuren von spontaner Besserung zu bemerken waren, verzichtete man auf ein operatives Eingreifen und behandelte die Lähmung wie früher mit Massage, Bädern und Elektricität. War ½—1 Jahr ein Stillstand der Besserung beobachtet oder durch rasche Zunahme der Deformität eine Verschlimmerung eingetreten, so hielt man sich zur Operation für berechtigt. Aelteren Kindern, deren Lähmungen bereits viele Jahre bestanden, wurde sofort die Sehnenverpflanzung vorgeschlagen. Das angewandte Verfahren bestand meist in der Combination der Sehnenüberpflanzung mit der Sehnenverlängerung oder Sehnenverkürzung.

Ueber die Functionserfolge der Sehnenüberpflanzungen bei paralytischen Deformitäten, insbesondere nach der spinalen Kinderlähmung von Dr. Wunik (Münchener med. Wochenschr. — Ther. Monatsh. 6. Heft).

**Silberpräparate.** Dr. Credé (Leipzig) empfiehlt angelegentlich das Collargolum (Argentum colloidale) als Mittel zur allgemeinen inneren Desinfection bei allen nicht zu weit vorgeschrittenen Strepto- und Staphylokokken-Erkrankungen. In leichteren Fällen genügt die je nach Bedarf wiederholte energische Einreibung einer 15%igen Salbe (Unguentum Credé) in die gut gereinigte und wenn möglich hyperämisirte Haut eines gesunden Körperteils (einmalige Dosis 2—3 g). Nicht nur Phlegmonen etc. und septische Processe, sondern auch epidemische Cerebrospinalmeningitis und Erysipel wurden günstig beeinflusst. Abscesse und Nekrosen werden natürlich nicht rückgängig. Bedeutend energischer wirkt die intravenöse Application, wobei je nach der Schwere des Falles 5—20 g einer ½—1%-Lösung, wenn nötig wiederholt, injicirt werden. Tierversuche ergaben, dass dabei das Silber alle Organe durchwandert und nach wenigen Wochen wieder ausgeschieden ist; Argyrose wurde nie beobachtet. Diese Anwendungsweise ist indicirt bei schweren septischen Erkrankungen, septischem Gelenkrheumatismus, epidemischer Cerebrospinalmeningitis, septischen Complicationen von Tuberculose und Typhus.

Dr. Vail hat das Unguentum Credé in vielen Fällen von septischem Fieber angewendet und oft schon nach einer einzigen Einreibung mit der Salbe die „Vernichtung der in Blut und Lymphe kreisenden Mikroben" beobachtet. Die Behandlung war namentlich erfolgreich bei Puerperalfieber, bei chronischem Rheumatismus, Carbunkel, Rose. In allen Fällen von Abscess und Furunkel, bezw. Carbunkel reibt Verfasser eine Drachme (= 3,75 g) Unguentum Credé auf die afficirte Stelle und ihre Umgebung ein und legt eine mit der Salbe bestrichene Compresse darüber, worauf sich der Process sofort zurückbildet, wenn die Behandlung rechtzeitig begonnen wurde.

Dr. Daxenberger (Regensburg) hat drei ziemlich schwere Fälle von Meningitis mit Unguentum Credé behandelt; alle drei genasen, während von 15 anderen Fällen, bei denen die Salbe nicht angewendet wurde, wohl aber alle sonst gebräuchlichen therapeutischen Maassnahmen zur Anwendung gelangten, 14 tödtlich endeten. Daxenberger liess täglich je nach der Schwere des Falles und dem Alter der Patienten 2,5—3 g in die Extremitäten (nicht in die Kopfhaut) abwechselnd nach Art der grauen Salbe fest verreiben, bis keine Salbenreste mehr sichtbar waren (mindestens eine Viertelstunde lang). Am besten wird eine Einreibung vom Arzt selbst ausgeführt, um das Pflegepersonal mit der Form der Anwendung vertraut zu machen. Schon nach kurzer Zeit liess sich eine Beeinflussung durch das Silber erkennen.

Digitized by Google

Diese äusserte sich zunächst in einem Sinken der Temperatur und dem Nachlassen der motorischen Reizerscheinungen.

Dr. Kronfeld (Wien) verwendete Actol in Lösungen von 1 : 2000 zur Bespülung von Wunden. Bespülungen mit Actollösungen bewährten sich, sagt Kronfeld, bei allen Verletzungen und Wunden, welche fast täglich dem Arzte begegnen und zumeist unter antiseptischer Behandlung rasch heilen. Die Geruchlosigkeit und Ungiftigkeit des Präparats machen es in der kleinen Chirurgie verwendbarer als Carbolsäure und Sublimat. Irrigation mit Actol 1 : 2000, in dasselbe getauchte Wattebäuschchen und Schutzverband, wenn notwendig auch einige Nähte, bringen jede gewöhnliche Verletzung rasch zur reinen Heilung. Ausserdem hat Kronfeld noch das Collargolum in Form von Unguentum Credé angewandt. Dasselbe hat sich nach dem Verfasser vielfach gut bewährt. Es wurde nicht immer nach der Credé'schen Vorschrift auf die gesunde Haut eingerieben, sondern es wurde bei chronischem Ekzem, Folliculitiden, Herpes Zoster, Furunkeln direct local verwendet. Der Erfolg war ein guter. Sehr gut bewährt haben sich ferner die Bacilli Argenti colloidalis Credé bei Gonorrhoe und bei chronischer Rhinitis und Koryza. Bei Gonorrhoe sistirt die Eiterung binnen 1 bis 2 Wochen, so dass der Catarrh auf entsprechende Diät und Ruhe rasch heilt. Bei chronischer Rhinitis und Koryza legt Kronfeld ein Stückchen ein und verschliesst das betreffende Nasenloch mit Watte. Die Secretion lässt rasch nach, die Schleimhaut bekommt ihr gewöhnliches Aussehen und der üble Geruch verschwindet bald.

Nach Dr. Meyer's Erfahrungen verdient die Silberbehandlung auch bei Knochen- und Gelenkschussverletzungen angewandt zu werden.

Bei der Herstellung der Protargollösungen kommen nach Dr. Goldmann (Berlin) zwei Methoden in Betracht u. z. 1. Eingiessen von Glycerin und Wasser a. p. (je 0,5) in eine Porzellanschale und Verrühren mittels Pistills mit der vorgeschriebenen Menge Protargol (1,0) derart, dass man halb so viel Glycerin nimmt als Medicament, dann Nachspülen mit Wasser in die Flasche, oder 2. Aufpudern des Protargols auf die Oberfläche der verordneten Wassermenge, welche sich in einer möglichst flachen Porzellanschale befindet, ohne Umrühren und dergestalt, dass das Pulver wie ein Schimmelrasen die ganze Wasserfläche bedeckt. Die Auflösung von 1—2 g Protargol vollzieht sich in 10—15 Minuten.

Lösliches Silber als inneres Antisepticum von Dr. Credé (Berliner klin. Wochenschr. — Prager med. Wochenschr. Nr. 43). — Der Wert des Silbers in der Behandlung von infectiösen Krankheiten von Dr. Vail (St. Louis med. and surg. journ. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 57). — Unguentum Credé bei Meningitis von Dr. Daxenberger (Klin. ther. Wochenschr. — Ther. Monatsh. 9. Heft). — Ueber die Verwendung von Silberpräparaten in der kleinen Chirurgie von Dr. Kronfeld (Ther. Monatsh. 2. Heft). — Erfahrungen über Silberwundbehandlung bei der deutschen Marine in China von Dr. Meyer (Ebendaselbst). — Die Receptur des Protargol von Dr. Goldmann (Medico Nr. 21).

**Sodacompressen.** Dr. Wladimiroff hat 2%ige Sodacompressen in 30 Fällen angewandt und zwar in sechs Fällen von Verbrennungen zweiten und dritten Grades, in zehn Fällen von Quetsch- und Schnittwunden, in sechs Fällen von Lymphdrüsenabscess, in fünf Fällen von Panaritium u. s. w. Die Sodacompressen sind vor allem sehr billig, leicht zugänglich und recht sauber; ferner absolut unschädlich, wirken antiseptisch und schmerzstillend, was besonders hoch in der Kinderpraxis angerechnet werden muss. Verfasser befürwortet die Anwendung von Sodalösung bei der Behandlung der chronischen eiterigen Otitis, bei Fistelbildungen und als Ersatz für die übliche physiologische Kochsalzlösung bei pleuritischen Exsudaten. Theoretisch lässt sich die günstige Wirkung der Sodalösung durch die Wirkung der Alkalien auf die Bakterien erklären oder aber dadurch, dass die Sodalösung eine negative Chemiotaxis hervorruft. Angewandt werden die Sodacompressen einmal in der Form der gewöhnlichen Priessnitz'schen Umschläge, dann als sogenannte Berieselungscom-

Digitized by Google

pressen, welch' letztere besonders bei ausgedehnten Verbrennungen empfehlenswert sind, endlich combinirt mit einer Borsalbe: auf die eiternde Fläche kommt ein mit 2%iger Sodalösung getränkter Gazebauch, darauf ein Gazestreifen mit Borcamphersalbe, darauf Compresspapier, Watte und Binde. Diese Verbände eignen sich besonders für kleinere eiternde Stellen. Bei längerem Gebrauch bemerkt man mitunter Reizung der gesunden Haut, die sich jedoch leicht durch Auftragen von Zinksalbe beseitigen lässt.

Ueber Sodacompressen von Dr. Wladimiroff (Med. Oboszr. — Ther. d. Gegenw. 4. Heft).

**Sondirung.** Die indirecte Sondirung besteht, wie Dr. Kuhn (Wien) auseinandersetzt, im Wesentlichen darin, dass man, wenn man im Innern von Körpercanälen mit relativ steifen Instrumenten, die gewöhnlicherweise den leicht verletzlichen Organen gefährlich werden könnten, sondirt, dabei die Vorsicht gebraucht, die Sonden nie direct, sondern stets gedeckt durch ein umgebendes Spiralrohr vordringen zu lassen. Diese Sonden bestehen aus einem mehr oder minder steifen Leitungsstab, einer Spirale und einem Gummiüberzug. Diese Sonde hat den Vorteil, dass sie eine steife und eine weiche Sonde in sich vereinigt und dass sie in jeder Phase des Versuches eine wechselweise Verwendung beider gestattet. Der Leitungsstab kann auch während und nach der Einführung der Sonde in den lebenden Körper ohne Gefahr hin- und hergeschoben werden, was beim Entriren des Hindernisses von grosser Bedeutung ist. Andererseits findet die Sondenspitze wegen der Rotirbarkeit und wurmartigen Beweglichkeit der Sonde leichter ein excentrisch gelegenes Lumen. Mittels dieser Sonden konnte in mehreren Fällen das Darmrohr von dem Anus bis zur Flexura coli sin. untersucht werden. Bei Sondirung der Gallenwege sah Verfasser einen grossen Vorteil von einer eng gewickelten Spiraldrahtsonde von der Dicke eines Notizbuchbleistiftes, die an der Oberfläche glatt polirt war und an den Enden grössere oder kleinere Knöpfe trug, indem er mit derselben die Gänge leicht und ohne Gefahr fand, sowohl in den Hepaticus und seine Aeste, als auch in den Choledochus leicht eindrang. Zum Zwecke der grösseren Glätte lässt sich die Sonde mit einem Nelaton-Katheter überziehen.

Das Princip der indirecten Sondirung von Dr. Kuhn (Centralbl. f. d. ges. Ther. 1. Heft).

**Spina bifida.** Einen geheilten Fall von Spina bifida teilt Dr. Hennemann mit. Das sechs Monate alte, bereits sehr heruntergekommene Kind besass in der Kreuzbeingegend eine faustgrosse Geschwulst. Es wurden dreimal etwa 600 ccm Cerebrospinalflüssigkeit mittels einer Pravaz-Spritze aspirirt und dafür jedes Mal eine Lugol'sche Lösung injicirt. Nach der dritten Injection, die 14 Tage nach der ersten vorgenommen worden war, fiel die Geschwulst definitiv ab, worauf auch die Blasen-Mastdarmlähmung vollständig zurückging.

Zur Behandlung der Spina bifida von Dr. Hennemann (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5).

**Sprachstörungen.** Dr. Gutzmann (Berlin) behauptet, dass stotternde Kinder der Mehrzahl nach neuropathisch belastet und nervös oder neurasthenisch sind. Man findet bei ihnen sehr häufig Verdauungsstörungen, die zum Teil Folge einer fehlerhaften Ernährungsweise sind. Besonders wirkt eine übermässige Fleischnahrung schädigend. An zwei Beispielen zeigt Gutzmann, wie durch eine Veränderung der Diät, Einschränkung der Fleischnahrung, Bewegung in freier Luft, regelmässige Waschungen Morgens und Abends auch ohne eine besonders ausgedehnte Uebungstherapie nervöse Sprachleiden zum Verschwinden gebracht werden können.

Für die Thatsache, dass neuropathisch belastete Kinder bei Erkrankungen des Darms Sprachstörungen zeigen, spricht nach Dr. Carstens (Leipzig) die Erfahrung, dass bei Typhusfällen in derselben Familie Aphasie gehäuft beobachtet wurde.

Dr. Gutzmann und Dr. Carstens über diätetische Behandlung nervöser Sprachstörungen im Kindesalter auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 82).

Digitized by Google

**Stauungshyperämie.** Prof. Bier (Greifswald) erzeugt die Stauungshyperämie an den Gliedern durch eine abschnürende Gummibinde, welche den venösen Rückfluss beschränkt. Die Wirkungen dieser Stauungshyperämie sind nach Bier folgende: 1. Bakterientödtende oder abschwächende Wirkung. Es gelingt dadurch tuberculöse und andere infectiöse Krankheiten, gonorrhoische und pyämische Gelenkserkrankungen, Erysipel, günstig zu beeinflussen. Ja, man kann in einzelnen Fällen beginnende Phlegmonen damit coupiren. Die einzig wirksame Form der Stauung ist hierbei die „heisse Stauung", wobei das Glied warm bleibt, anschwillt und rot bis blaurot aussieht. Niemals darf man bei acut entzündlichen Processen die „kalte Stauung" anwenden, wenn in Folge zu starken Anziehens der Binde das Glied tiefblau wird und sich kalt anfühlt. Diese Art der Stauung ist sehr gefährlich. Sie vermehrt auch die Schmerzen, während im Gegensatze dazu die heisse Stauung schmerzlindernd wirkt. Mit diesen klinischen Erfahrungen stimmt vollständig der bakteriologische Versuch überein. 2. Bindegewebswucherung und Vernarbung. Es ist bekannt, dass chronische venöse Stauung zu Bindegewebswucherung führt. Ist schon das erste Stadium der Bindegewebsentwicklung, kleinzellige Infiltration und Granulationsbildung vorhanden, wie bei entzündlichen Krankheiten, so geht dasselbe schnell in Schwielenbildung und Vernarbung über. Das kann bei der Abkapselung entzündlicher Herde eine Rolle spielen. 3. Auflösende Wirkung: Bei chronischen Gelenkversteifungen allerlei Art, besonders beim chronischen Gelenkrheumatismus, bringt die Steigerung eine Auflösung der Exsudate etc. hervor. Diese Behandlung ist von vortrefflicher Wirkung besonders beim chronischen Gelenkrheumatismus. 4. Schmerzstillende Wirkung: Die Stauung hat bei all' den Krankheiten, wo sie nützt, eine auffallend schmerzstillende Wirkung. Ruft sie mehr Schmerzen hervor, so liegt dies in der Regel an Fehlern in der Technik. Active Hyperämie erzeugt Bier durch Wärme, besonders durch heisse Luft, wozu er die von ihm construirten Heissluftkästen benützt. Bier weist nach, dass bei dieser Behandlung in der That die Hyperämie das Wirksamste ist. Die heisse Luft wird eine, höchstens zwei Stunden täglich angewendet, und zwar so heiss, wie sie vertragen wird. Active und passive Hyperämie wirken in vielfacher Hinsicht völlig gleichartig. So hat auch die active Hyperämie 1. eine auflösende Wirkung bei allerlei chronischen Gelenkversteifungen. Sie ist ebenfalls gut zu verwenden zur Beschleunigung der Demarcation; 2. eine schmerzstillende Wirkung bei denselben und anderen Krankheiten. Dagegen hat die active Hyperämie im Gegensatze zu der passiven 3. eine stark resorbirende Wirkung, was besonders auch durch den Tierversuch bewiesen wird. Deshalb lässt sich die active Hyperämie durch heisse Luft vorzüglich verwenden zur Resorption von Blut- und anderen Ergüssen und ist hier in vielen Fällen der Massage überlegen. Vor allen Dingen benützt sie Bier zur Beseitigung von Oedemen. 4. Die bakterientödtende Wirkung der activen Hyperämie ist sehr zweifelhaft. Die heisse Luft ist ein sehr gutes Mittel gegen Neuralgien. Ob hier die Hyperämie das Wirksamste ist, will Bier nicht entscheiden Eine bessere Ernährung und Kräftigung rein atrophischer Körperteile konnte Bier weder durch active, noch durch passive Hyperämie erzeugen. Mit gutem Erfolge hat Bier die heisse Luft zur Uebung und Kräftigung krankhafter und versagender Gefässe benützt.

Prof. Bier über die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken auf dem Congresse für innere Medicin in Berlin (Wiener med. Blätter Nr. 21).

**Streupulver.** Dr. Siefart (Berlin) empfiehlt das Lanoformstreupulver bei Wundsein des Neugeborenen. Dasselbe ist hergestellt aus einer Verbindung des Adeps lanae mit dem Formaldehyd und hat als Grundlage neben diesem chemisch reines Talcum und frisch gefälltes Zincum oxydatum, sowie eine Spur von Amylum, welches nach besonderem Verfahren vollständig steril gemacht ist. Lanoformstreupulver ist ausserordentlich hygroskopisch. Es hat in Folge

Digitized by Google

seines Formaldehydgehaltes eine milde antiseptische und adstringirende Wirkung, und endlich, was sehr wesentlich ist, es ballt sich nicht in dicken Klumpen zusammen, sondern bildet höchstens feine Flöckchen und überzieht die wunde Haut mit einem leichten trockenen Ueberzug, welcher als Schutzdecke wirkt. Dieser Ueberzug ist nicht ohne Weiteres durch Wasser und Seife zu entfernen, obwohl er keineswegs klebrig, sondern porös ist, und imprägnirt die Epithelien. Das ist ebenfalls ein Vorzug, da die Wirkung trotz regelmässigen Badens des Kindes bleibt und es nicht durch übertriebenes Scheuern und Wischen gelingt, den Ueberzug zu entfernen, den die imprägnirten Epithelien bilden, und so neue Verletzung schafft. Autor hat im Ganzen 40 Neugeborene teils vom ersten Tage der Geburt an, teils erst nach dem Beginn des Wundseins mit Lanoformstreupulver behandelt und in allen Fällen so gute Resultate erhalten, wie mit keinem anderen Streupulver.

Ueber die Anwendung des Lanoformstreupulvers und die Erfolge desselben bei Wundsein der Neugeborenen von Dr. Siefart (Ther. Monatsh 11. Heft).

**Strictures.** Dr. Martens bespricht die von Prof. König (Berlin) geübte Behandlungsmethode der Harnröhrenstricturen. Vor Allem ist der Zustand des Patienten ins Auge zu fassen; denn es gibt solche, die ihren Urin noch willkürlich lassen können, und solche, bei denen Urinretention besteht. Für die erstere Gruppe kommt fast ausschliesslich die Bougiebehandlung in Betracht. Für die Sondirung werden Metallsonden, jedoch nur stärkeren Kalibers, empfohlen. Muss man dünnere Sonden benutzen, so werden elastische Bougies bevorzugt. König schliesst an die erste gelungene Sondirung die sofortige Dilatirung bis zu Bougie No. 24—26 und verlangt unter allen Umständen eine sehr lange Fortsetzung der Cur, eventuell Jahre lang. Bei completter Retentio urinae wird auch zunächst ein Bougieversuch unternommen; misslingt derselbe, so kommt für augenblickliche Hilfe ein warmes Bad, eine Morphiuminjection oder die Blasenpunction in Betracht; zur definitiven Heilung bleibt aber nur der Weg der blutigen Operation. König übt ausschliesslich die Urethrotomia externa. Ist die Strictur nicht zu lang, so wird die Harnröhre resecirt und vernäht. Die Naht bezieht sich nur auf die vordere Circumferenz, während der hintere Teil der Wunde zur Sicherung des Secretabflusses offen bleibt. Es wird kein Dauerkatheter eingelegt, dagegen bereits nach 8 Tagen mit starken Sonden bougirt.

Dr. Cholzow ist der Ansicht, dass die elektrolytische Behandlung bei traumatischen Harnröhrenstricturen wenig Aussicht auf Erfolg hat, dagegen bei Stricturen gonorrhoischen Ursprungs ist das Verfahren sehr empfehlenswert. In 20 Fällen von gonorrhoischer Harnröhrenstrictur war der Erfolg des in Rede stehenden Verfahrens äusserst befriedigend. Anfangs pflegte Verfasser nach der Sitzung für $^1/_2$—1 Stunde eine Metallsonde in die Harnröhre einzuführen. Später überzeugte er sich, dass die Harnröhre einige Tage nach der Elektrolyse für gröbere Sonden durchgängig ist, als unmittelbar danach. Daher führte er in seinen letzten 9 Fällen die Metallsonde erst einen Monat nach der Elektrolyse ein. In 9 Fällen genügte schon eine Sitzung zur Erweiterung der Strictur, in den übrigen zwei bis vier Sitzungen. Die Dauer jeder Sitzung betrug 2—13 Minuten, je nach der Zahl und Resistenz der Stricturen. In allen Fällen konnten die Kranken nach der Elektrolyse völlig frei Urin lassen, vier Kranke hat Verfasser noch 4—8 Monate nach der Dehnung untersucht und keine Verengerung der Harnröhre gefunden. Was die Technik anlangt, so unterscheidet man die lineare Elektrolyse, bei welcher die Elektrode die Form einer Schneide hat, von der circulären, bei der an dem in die Harnröhre einzuführenden Bougie eine Olive angeschraubt wird. Ist die Elektrode bis zur Strictur eingeführt, so wird sie mit dem negativen Pol einer Batterie verbunden, die + Elektrode kommt auf den Leib oder Oberschenkel. Der Strom steigt langsam bis zu 5—6 Mil. an. Unter leisem Druck wird dann die Elektrode durch die Strictur geschoben, wobei der Kranke gar keine, oder nur sehr geringe Schmerzen empfindet, die überdies

Digitized by Google

noch durch vorherige Cocaïninjectionen völlig beseitigt werden können. Mitunter empfiehlt es sich, vor der Elektrolyse die Strictur durch Bougies etwas zu erweitern, damit man gleich eine stärkere Olive (etwa Charrière No. 3) anwenden kann, bei welcher auch die gesunde Schleimhaut eine kurze Zeit der Elektrolyse ausgesetzt wird.

Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstricturen von Dr. Martens (Berl. klin. Wochenschrift. — Aerztl. Praxis Nr. 18). — Die elektrolytische Behandlung der Harnröhrenstrictur von Dr Cholzow (Bolnitsch. Gas. Botk. — Ther. d. Gegenw. 9. Heft).

**Struma.** Prof. Kocher (Bern) liefert Bericht über ein zweites Tausend Kropfexcisionen. Die Resultate waren die denkbar günstigsten, indem die Mortalität bei den gutartigen Strumen (929 Operationen) 0,4 % betrug. Verfasser glaubt, dass die Vermeidung der Narkose einen wichtigen Anteil an den guten Resultaten habe; die Cocaïnanästhesie genügt bei den meisten Patienten und hat noch den Vorteil, dass die Patienten während der Narkose nicht erbrechen, die Gefahr der Wundinfection daher eine geringere wird. Das subjective Befinden der Patienten lässt nach der Operation nichts zu wünschen übrig, wenn die Operation ohne Allgemeinnarkose ausgeführt wird. Die Operation der Struma intrathoracica ergab ebenfalls ein sehr günstiges Resultat. Von 22 Fällen zum Teil schwerster Art hat Kocher keinen verloren. Auf einen wichtigen Punkt in der medicamentösen Therapie der Struma macht Kocher aufmerksam. Es wurde festgestellt, dass der Jodgehalt bei Strumen ein viel geringerer ist, als bei normalen Schilddrüsen und dass die Phosphorbehandlung (Natr. phosphor. oder besser Phosphor in Tabletten) den Jodgehalt der Schilddrüse steigere, daher ähnlich wirke, wie die Jodbehandlung. Aus der klinischen Beobachtung liess sich auch auf eine erhebliche Veränderung der Schilddrüse schliessen. Die Strumen wurden bei Phosphormedication fester; diese Veränderung war bei diffus hyperplastischen Strumen auffällig, aber noch mehr bei vasculösen; dabei trat eine deutliche Verkleinerung der Drüse ein. Auch bei Basedow war die Wirkung eine eclatante. Die Phosphorbehandlung empfiehlt sich daher bei allen Formen der Struma an Stelle der Jodtherapie.

Dr. Kronenberg (Solingen) tritt für die subcutane Injection von Jodoform bei den rein parenchymatösen Kröpfen mittleren Grades wärmstens ein. Er benutzt zur Injection eine Lösung von Jodoform 1,0, Ol. oliv., Aeth. sulf. āā 7,0, oder auch Jodoform 1,0, Aeth. sulf. 14,0. Er hat in der Wirkung keinen Unterschied zwischen beiden Lösungen gesehen. Die Injectionen geschahen in der Weise, dass unter sorgfältiger Asepsis die nicht zu enge Canüle in das Parenchym der Struma eingeführt wurde. Dann wurde die Spritze gefüllt, und sodann nachgesehen, ob aus der Canüle eine Blutung erfolgte. War das der Fall und damit die Verletzung einer Vene wahrscheinlich, so wurde die Canüle etwas zurückgezogen und in etwas anderer Richtung wieder eingeführt, niemals wurde die Haut ein zweites Mal angestochen. Die Injectionen von 1,0 g geschahen ein- bis zweimal wöchentlich; unter etwa 300 Einzelinjectionen wurde kein unangenehmer Zufall beobachtet; nur einmal entwickelte sich an einer Injectionsstelle nach einigen Wochen ein kleiner Abcess. Die Beschwerden nach der Injection waren gering; leichte Schmerzhaftigkeit, öfter Ziehen im Ohr auf der injizirten Seite, häufig übler Geschmack gleich nach der Injection. Die meisten Patienten standen im jugendlichen Alter. Die grösste Zahl der gemachten Injectionen bei einem Individuum betrug 21; im Durchschnitt etwa ein Dutzend. Der Erfolg war befriedigend. Abgesehen von ein paar Fällen, welche nach den ersten Injectionen fortblieben, war ein völliger Misserfolg nicht zu verzeichnen. In 20 Prozent war die Verkleinerung der Geschwulst nur gering, in 11 von 21 Fällen konnte man den Erfolg als vollständigen bezeichnen, da die Struma soweit zurückging, dass man nur noch einen kleinen Rest palpiren konnte, der keinerlei cosmetische oder physiologische Störungen verursachte. Die Behandlung mit parenchymatösen Jodoforminjectionen ist demnach nach

Digitized by Google

Autor als wirksam und gefahrlos in entsprechend ausgewählten Fällen zu empfehlen.

Bericht über ein zweites Tausend Kropfexcisionen von Prof. Kocher (Arch. f. klin. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 10. Heft). — Dr. Kronenberg über Behandlung von Strumen mit parenchymatösen Injectionen in der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41).

**Subconjunctivale Injectionen.** Dr. Haitz hat in 33 Fällen subconjuntivale Injectionen gemacht und spricht sich über das Resultat folgendermassen aus. 1. Wir besitzen in den subconjunctivalen Injectionen ein bei manchen Erkrankungen des Auges sehr energisch wirkendes Heilmittel, welches wegen der localen Anwendbarkeit entschieden den Vorzug vor den sonst üblichen Resorbentien verdient. Die Injectionen sind in erster Linie indicirt bei Glaskörpertrübungen und bei Exsudatherden im Fundus, insbesondere bei der centralen Chorioideitis. Gute Dienste leisten sie auch bei subconjunctivalen Ekchymosen. Sie sind zu versuchen in allen Fällen traumatischer (postoperativer) Infection, der sogenannten friedlichen Behandlungsmethode der Amotio retinae können sie als unterstützender Factor beigesellt werden. 2. Die subconjunctivalen Injectionen stellen ein durchaus unschädliches und im Allgemeinen nicht sehr schmerzhaftes Verfahren dar, sofern man sich schwacher Lösungen einer nicht zu sehr reizenden Substanz bedient. Aus diesem Grunde verdient im Allgemeinen die 2%ige Kochsalzlösung den Vorzug. Wo eine specifische Quecksilberwirkung besonders erwünscht erscheint, soll an Stelle des Sublimats das Hydrargyrum cyanatum Anwendung finden.

Dr. Hirsch betropft die Conjunctiva vor dem Einstiche in diese mit Acoin und fügt solches auch der zu subconjunctivalen Injectionen bestimmten Lösung hinzu, wodurch diese schmerzlos ausgeführt werden können.

Ueber subconjunctivale Injectionen von Dr. Haitz (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. — Centralbl. f. d. ges Ther. 5. Heft). — Ueber subconjunctivale Einspritzung mit Acoin von Dr. Hirsch (Arch. f. Augenheilk. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 5. Heft).

**Syphilis.** Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie beantwortet Dr. Heuss (Zürich). Was zunächst den Beginn der Allgemeinbehandlung betrifft, ist Autor gegen die frühzeitige Behandlung; diese soll erst mit dem Ausbruch der Secundärerscheinungen beginnen. An der Hand eines exacten Experimentes wird gezeigt, dass die Excision des Primäraffectes, bezw. die Zerstörung des Locus invasionis, mag sie auch noch so ausgedehnt und noch so frühzeitig vorgenommen worden sein, nicht einmal im Stande ist, den späteren Verlauf der Syphilis auch nur zu mildern. Was weiter die Frage betrifft, wie lange die Allgemeinbehandlung fortgesetzt werden soll, ist es festgestellt, dass eine chronisch-intermittirende Behandlung für den Organismus gesundheitlich nicht ganz gleichgiltig ist, ihn ernstlich schädigen kann, nicht aber vor Recidiven, speciell auch nicht vor Tertiärerscheinungen schützt. Einen günstigen Verlauf verspricht die Behandlung nur insofern, als der Patient dadurch indirect gezwungen ist, unter einer fast constanten ärztlichen Aufsicht zu stehen, über deren Wert wohl alle Aerzte einig sind. Doch dieser Vorteil kann auch dadurch erreicht werden, dass man den Syphilitiker veranlasst, sich in bestimmten Zeiträumen vorzustellen, um eventuell sich einer Behandlung zu unterziehen. Bei jeder unbedeutenden Aeusserung der Krankheit jedesmal eine Allgemeinbehandlung zu insceniren, hält Heuss nicht für angebracht. Erste Bedingung bei der Behandlung der Syphilis bleibt aber, zu individualisiren, nicht die Syphilis, sondern den Syphilitiker mit all den individuellen Abweichungen in Auftreten, Intensität, Verlauf der Erscheinungen zu behandeln.

Dr. Stern (München) schildert die Injectionsbehandlung der Syphilis. Er bevorzugt dabei die Anwendung der Sublimatlösung, welche er bei Männern in 2%iger, bei Weibern in 1%iger Lösung und zwar mit Kochsalz anwendet, als intramusculäre Injection in die Glutäen, in folgender Formel:

Rp. Sublimat. 1,0 (2,0)
Natr. chlorat. 3,0 (6,0)
Aq. dest. 100,0
Coque, filtra.

Digitized by Google

Eine Cur umfasst 25—30 Injectionen, welche alle zwei Tage ausgeführt werden. Wo die Anwendung der Sublimatinjectionen aus äusseren Gründen nicht möglich ist, kommt in zweiter Linie das salicylsaure Quecksilber in Betracht (Hydrarg. salicylic. 1, Paraffin. liquid. 10), bei dem man vorsichtig, mit 1/8—1/2 Spritze beginnend, vorgehen muss. Die übrigen unlöslichen Quecksilberverbindungen bieten alle mehr oder weniger Gefahren und Verfasser widerrät daher ihre Anwendung in der täglichen Praxis des Arztes. Der Injectionscur ist im Allgemeinen in folgenden Fällen der Vorzug vor der Schmiercur zu geben: 1. Wenn sonstige Erkrankungen der Haut oder Verdauungsorgane die Anwendung der Schmiercur oder Pillen nicht zulassen. 2. In Fällen von schwerer Syphilis, wenn wichtige Organe ergriffen sind und es sich darum handelt, rasch und energisch einzugreifen. 3. Wenn es gilt, eine zweifelhafte Diagnose (Primäreffect!) aufzuklären. 4. In denjenigen Fällen, wo die anderen Quecksilberpräparate schon vergebens angewandt worden sind (bei wiederholten Recidiven). 5. Abwechselnd mit anderen Methoden bei der intermittirenden Behandlung (nach Fournier-Neisser).

Dr. Schäffer (Breslau) verwendet zur Vorhütung der Lungenembolien bei der Injection unlöslicher Quecksilberpräparate eine 2 ccm-Spritze, die halb gefüllt eingestochen wird; die Spritze wird dann abgenommen (Lesser'sche Methode) und, tritt kein Blut aus der Canüle, nochmals aufgesetzt, der Stempel leicht angezogen und wiederum nachgesehen, ob Blut in die Spritze oder Canüle angesaugt wurde. Wird erst nach negativem Befund nunmehr die Einspritzung vollendet, so soll die Gefahr einer Lungenembolie ausgeschlossen sein, resp. wurde eine solche nach mehr als dreijähriger Anwendung dieses Verfahrens nicht beobachtet.

Dr. Brocq empfiehlt die Verabreichung des Quecksilbers per os und zwar in Form des Liquor van Swieten (Sublimat 1,0, Alkohol 90% 100,0, Aqu. 900,0), obwohl derselbe zuweilen irritirende Wirkung auf den Magendarmcanal ausübt und der Geschmack ein sehr unangenehmer ist. Am besten oder vielleicht allein nur eignet sich für diese Art Therapie der Krankenhausaufenthalt. Man lässt die Lösung in Milch nehmen, meist in kleinen (vier bis sechs Tages-) Dosen verteilt, so dass die Menge des täglich eingeführten Hg 1 1/2—2 cg beträgt. Brocq fand, dass selbst schwere Formen von tertiärer Syphilis nur selten dieser Behandlungsart widerstehen, wobei allerdings auch gleichzeitig Jodkali gegeben wurde (!). Im Ganzen hat Brocq ca. 2000 Kranke mit Erfolg durch diese interne Therapie behandelt und von Syphilitikern, die ständig auf seiner Abteilung liegen, wäre es kaum bei dem zehnten Teile, also 6—8, nötig gewesen, zu Einreibungen oder intramusculären Injectionen überzugehen.

Dr. Gaucher und Dr. Bernard glauben, dass die schlechte Prognose, welche im Allgemeinen für die Syphilis während der Schwangerschaft angenommen wird, der mangelhaften Behandlung zuzuschreiben ist. Wenn dieselbe jedoch rechtzeitig eingeleitet und regelmässig fortgesetzt wird, so gelingt es nach den eigenen Erfahrungen von Gaucher und Bernard nicht nur, die Schwangerschaft zu Ende zu führen, sondern auch gesunde und oft schönere Kinder zu erzielen, als eine gute Anzahl nicht syphilitischer Kinder sind. Die löslichen Quecksilbersalze sind für diese Behandlung vorzuziehen und zwar das Sublimat für den internen Gebrauch (Pillen von 0,01 mit der gleichen Dosis Extr. opii) und das benzoësaure Hg für die intramusculären Injectionen (täglich à 0,02). Wie bei allen schweren Formen von Syphilis, so kann auch hier zeitenweise Jodkali zugegeben werden. Um wirksam zu sein, muss die Behandlung von Anfang der Schwangerschaft bis zum Schlusse fortgesetzt werden und zwar verfahren Verfasser so, dass sie einen Monat hindurch Injectionen, drei Wochen lang Pillen, zehn Tage Ruhe und dann wieder dieselbe Reihenfolge verordnen. Bei vorhandener Albuminurie, sei es als Folge der Syphilis oder der Schwangerschaft, kommt in erster Linie Milchdiät in Betracht und erst, wenn die Durchgängigkeit der Nieren wieder vorhanden ist, darf man mit kleinen Dosen Quecksilbers

Digitized by Google

(in Form des benzoësauren Salzes als Injection von 1 ccm pro Tag) beginnen und allmählich auf das gewöhnliche Quantum steigen.

Prof. Riehl (Leipzig) rät, bei Syphilis durch örtliche Behandlung des graviden Uterus die Morbidität der Neugeborenen zu verringern. Er hat seine Methode in 33 Fällen geprüft und tabellarisch den Erfolg fixirt. Neben allgemeinen Curen soll jeden Tag bis zum Ende der Schwangerschaft ein Globulus vaginalis (1 g Ungt. ciner. c. Ol. Cacao) und hierauf ein abschliessender Tampon in die Scheide eingeführt werden.

Hinsichtlich der Behandlung der Leukoplakia syphilitica bemerkt Dr. Grünfeld (Wien): Die zarten, seidenartig glänzenden, epidermoidalen opalinen Plaques erheischen eine vorsichtige, schonungsvolle Behandlung. Eine Zerstörung derselben durch Anwendung scharfer Aetzmittel hat kaum die gewünschte Wirkung, weil der gesetzte Substanzverlust nicht in Form normaler Schleimhaut, sondern neuerlicher, vielleicht sogar ausgedehnterer Plaques gedeckt wird. Auch die Beschwerden, hervorgerufen durch Einrisse in das zarte Gewebe, durch Rhagaden und Fissuren, werden durch die Aetzungen nicht oder nur für den Moment gemildert. Was von den Aetzungen mit dem Lapisstift oder scharfen Solutionen gilt, ist auch von den scharfen Mundwässern zu bemerken, die aus obigen Gründen zu vermeiden sind. Bei der Leukoplakie gebe man erweichenden Substanzen in Form von Mundwässern und Bepinselungen den Vorzug. Das Mundwasser soll mit Rücksicht auf die zarten Erosionen und Substanzverluste im Bereiche der Plaques nur desinficirende Wirkung entfalten. Man wende daher Kal. chloric., Kal. hypermang., Borsäure, alle in sehr starker Verdünnung, an. Als Gargarisma eignet sich hier insbesondere Salbeithee, Camillenthee, Eibischthee, Milch, Mandelmilch etc. Eventuell ist etwas Spir. vin. Gall. zuzusetzen. Zur localen Behandlung sind Bepinselungen mit Jodglycerin (Kal. jodat. 1,0, Jodi pur. 0,1. Glycerin 20,0) angezeigt, ebenso Ichthyolglycerin (10 %), auch Vasogenpräparate. Vor der Bepinselung soll die Plaque mit einem Wattetupfer abgetrocknet werden.

Dr. Mendel (Essen a. d. Ruhr) berichtet über drei Fälle von Ischias, bei denen er als Grundursache der Nervenerkrankung Lues annehmen zu müssen glaubte teils auf Grund der Anamnese, teils auf Grund gummöser Manifestationen am Schädel und Schienbein, und deswegen eine antisyphilitische Behandlung einleitete. In dem ersten Falle hatte sich längere Jodkaliumbehandlung als erfolglos erwiesen, weswegen Verfasser zur intramusculären Injection von 1,0 ccm einer Emulsion von Hydrarg. salicylic. in Paraffin (1:10) griff und zwar direct in die Gegend des Foramen ischiadicum. Nach wenigen Injectionen war die Affection, die vorher Monate lang gedauert hatte, völlig beseitigt. Ebenso schnell wirkten die Injectionen in den beiden anderen Fällen.

Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie von Dr. Heuss (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. — Ther. Monatsh . Heft). — Ueber Injectionscuren bei Syphilis von Dr. Stern (Münch. med. Wochenschrift Nr. 27). — Dr. Schäffer über Verhütung der Lungenembolien bei der Injection unlöslicher Quecksilberpräparate auf dem deutschen Dermatologencongresse zu Breslau (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 57). — Behandlung der Syphilis mit interner Quecksilberdarreichung von Dr. Brocq (Presse méd. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 27). — DDr. Gaucher und Bernard über Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft in der Société médicale des hôpitaux zu Paris (Münchener med. Wochenschr. Nr. 11). — Prof. Riehl über therapeutische Beeinflussung der Heredität der Syphilis auf dem deutschen Dermatologencongresse zu Breslau (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 57). — Die Mundpflege bei Syphilisformen von Dr. Grünfeld (Centralbl. f. d. ges. Ther. 7. u. 8. Heft). — Ueber Ischias syphilitica und ihre Behandlung von Dr. Mendel (Münchener med. Wochenschr. Nr. 27).

Digitized by Google

# T.

**Tabes dorsalis.** Aus der dritten Auflage der Eulenburg'schen Realencyklopädie ist eine erweiterte Sonderausgabe des Tabesartikels von Prof. v. Leyden erschienen. In dieser Monographie berichtet Autor über die Resultate seiner riesigen Erfahrungen bezüglich dieser Krankheit, an der er nahezu 40 Jahre arbeitet und um deren Ausbau er sich unvergängliche Verdienste erworben hat.

Prof. Winternitz (Wien) stellt den Satz auf, dass weder sehr kalte noch sehr warme Bäder, noch kräftige mechanische Einwirkungen bei Tabeskranken Verwendung finden dürfen. Die thermische Behandlung ist danach ausschliesslich auf nicht sehr differente Temperaturen und auf mit geringer mechanischer Kraft verbundene Einwirkungen angewiesen. In dieser milden Form gehört nach des Autors an über 1000 Fällen gewonnener Erfahrung die thermische Behandlung zu der wirksamsten unseres Heilschatzes. Sobald die Diagnose einer Spinalaffection nur mit einiger Sicherheit festgestellt ist, verordnet er Halbbäder von 24—18° R. wobei, wenn Schmerzen im Vordergrunde der Erscheinungen stehen, vor Allem die höheren Temperaturen in Anwendung kommen. Dabei wird der Körper im Bade nicht frottirt, sondern einfach massirt oder abgedrückt, der Rücken mehr überspült, als von grösserer Höhe überschüttet.

Dr. Sarbó (Budapest) weist darauf hin, dass die sogenannten kleinen Uebungen nach dem Frenkel'schen Verfahren schon im präataktischen Stadium, beim Eintritt des Romberg'schen Symptomes, einzuüben sind, um einerseits das Erscheinen der Ataxie hinauszuschieben, eventuell demselben vorzubeugen, andererseits die Kranken schon rechtzeitig zu discipliniren, damit sie beim Auftreten der Ataxie schon wissen, um was es sich handelt. Die Ataxie liess sich zwar durch die rechtzeitig angestellten kleinen Uebungen nie ganz vermeiden, es war jedoch eine unzweideutige Beeinflussung dieses Symptomes in dem Sinne zu constatiren, dass die Ataxie niemals so hochgradig auftrat und stets schneller durch die Uebungstherapie wieder zu beseitigen war. Die kleinen Uebungen, die im Liegen, Sitzen oder Stehen ausgeführt werden, können im Gegensatze zu den grossen Uebungen zu jeder Zeit vorgenommen werden, weil sie nicht mit allzu grosser Nervenmuskelarbeit einhergehen und den Kranken nicht ermüden. Im acutesten Stadium der Ataxie ist allerdings absolute Ruhe geboten. Auch der Zustand der Muskelernährung spielt für die kleinen Uebungen kaum eine Rolle. Die Uebungen sollen früh, Mittags und Abends etwa 10—20 Minuten lang ausgeführt werden; zwischen den einzelnen Uebungen müssen genügend lange Erholungspausen eingehalten werden. Am besten lässt man früh und abends die Uebungen in liegender Stellung, mittags die Sitz- und Stehübungen machen. Der Nutzen der kleinen Uebungen zeigt sich darin, dass das Schleudern der Füsse aufhört, der Kranke unter Controlle der Augen seine Beinmuskeln zu beherrschen lernt, und dass sich das Romberg'sche Phänomen auffallend bessert.

Die Tabes dorsualis von Prof. v. Leyden. Urban & Schwarzenberg. Berlin, Wien 1901. — Zur Hydrotherapie der Tabes dorsalis von Prof. Winternitz (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 7. Heft). — Zur Behandlung der tabischen Ataxie von Dr. Sarbó (Klin.-ther. Wochenschr. — Medico Nr. 28).

**Tetanus.** Prof. v. Leyden (Berlin) teilt einen Fall von geheiltem Tetanus mit. Derselbe betrifft einen jungen Pferdeknecht, dem am dritten Krankheitstage eine Duralinfusion mit Serum gemacht wurde, drei Tage später eine zweite. Bei der ersten Infusion hatte der Kranke eine Temperatur von 41°, die nach der Injection am selben Tage noch auf 38,5°, am nächsten Tage auf 37,4° abfiel.

Digitized by Google

v. Leyden hält diesen Fall für einen schweren, da er keinen Fall kennt, der geheilt worden wäre, wenn die Temperatur des Patienten 41° erreicht hat. Das Ansteigen der Temperatur über 39° beim Tetanus wurde früher als ein Zeichen baldigen Todes betrachtet.

Dr. Satoux (Vannes) berichtet über vier Fälle von Tetanus traumaticus, die alle unter Anwendung des antitetanischen Serums zur Heilung kamen. Die Injectionen wurden intrakraniell gemacht; die eingespritzten Quantitäten des Serums schwankten zwischen 10 u. 14 ccm.

Dr. Möllers (Berlin) behauptet, dass selbst bei stricter Einhaltung der Behring'schen Forderung nicht später als 30 Stunden nach erfolgter Infection und nicht unter 100 A.-E. auf einmal einzuspritzen, keine Garantie für den Erfolg gegeben ist, dass vielmehr die Schwere der Infection allein entscheidet. Nichtsdestoweniger ist es Pflicht des Arztes, das Antitoxin sofort und in hinreichender Menge anzuwenden, um jede Chance einer Heilung auszunützen.

Ohne die Bedeutung des Tetanusantitoxins in irgend einer Weise herabsetzen zu wollen, glaubt Dr. Rostowzew an der Hand eines günstig verlaufenen Falles die subcutane Injection von Gehirnemulsion in jedem Falle von Tetanus empfehlen zu können, umsomehr, als das Antitoxin nicht immer bei der Hand und dazu sehr teuer ist. Die Gehirnemulsion wird hergestellt, indem man einem eben geschlachteten Ferkel unter aseptischen Cautelen die Schädelhöhle eröffnet, eine halbe Hemisphäre herausnimmt, sie in einer sterilen Schaale zerreibt und dann physiologische Kochsalzlösung hinzufügt. 40,0 Gehirn reichten in Autors Falle zur völligen Heilung aus.

Das Heilserum gegen Tetanus hat sich nach Dr. Sexer's an Prof. v. Bergmann's Klinik gemachten Erfahrungen nicht als zuverlässiges Mittel erwiesen. Man muss daher nach Verfasser, besonders bei den schweren Fällen, alle Mittel und Wege versuchen, welche einen Nutzen versprechen. Dazu gehört — womöglich gleichzeitig mit der Serum-injection — die Amputation grösserer oder kleinerer Gliedabschnitte ebenso wie der Versuch, durch cerebrale oder spinale Injectionen des Serums den Hauptsitz der Giftwirkung, die lebenswichtigen Kerne der Medulla oblongata, besser zu erreichen. Etwaige nach der ersten Wundversorgung noch zurückgebliebene Schmutzpartikel, Holzsplitter etc. sollen natürlich beseitigt werden. Sodann empfiehlt sich das gründliche Ausschneiden kleiner Wunden, während man bei grösseren vor allen Dingen durch Beseitigung von Unterminirungen der Haut und von Gewebstaschen und Fetzen und durch aseptische offene Wundbehandlung besonders Fäulnissprocesse abzuhalten sucht. Sitzen die Verletzungen an den Fingern oder Zehen, so ist die Infectionspforte leicht und gründlich durch Abtragung eines Gliedes zu beseitigen. Handelt es sich an den Extremitäten um ausgedehnte Zermalmungen und Zerreissungen der Gewebe (offene Fracturen, Schussbrüche, Maschinenverletzungen, Ueberfahrungen), so ist es unsere Pflicht, Eingangspforte und Intoxicationsherd durch Amputation zu entfernen. Das soll sofort nach Erkennung des Tetanus geschehen.

Ein geheilter Fall von Tetanus von Prof. v. Leyden (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29). — Dr. Latoux über Tetanus traumaticus auf dem französischen Chirurgencongresse zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46). — Beitrag zur Frage über den Wert des Tetanusantitoxins von Dr. Möllers (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47). — Dr. Rostowzew über Tetanus in der St. Petersburger medicinischen Gesellschaft (Wratsch. — Ther. d. Gegenw. 6. Heft). — Zur Tetanusbehandlung von Dr. Lexer (Ther. d. Gegenw. 6. Heft).

**Therapeutisches Handbuch.** Ein recht empfehlenswertes Buch, praktisch und rationell bearbeitet, ist das bei J. Springer erschienene „Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten" von Dr. Liporoski, dessen nächste Auflage in hoffentlich kurzer Zeit und zugleich mit vermehrtem Inhalte erscheinen wird.

Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten von Dr. Liporoski. Verlag von J. Springer, Berlin 1901.

**Thränennasenleiden.** Bei Stenose des Thränennasenganges muss die Sondirung nach Dr. Albrand Mo-

Digitized by Google

nate, ja zuweilen Jahre hindurch fortgesetzt werden, was immer nicht durchzuführen ist. Eine Modification der Sondenbehandlung ist die von Vulpius angegebene Behandlung mit der Dauersonde, wobei der Arzt selbst die Dauersonde jedesmal anfertigt. Diese Sonde kann, da sie mit dem horizontalen Schenkel in der Rinne sozusagen aufgehängt ist, Monate, ja Jahre hindurch im Canale liegen bleiben. Die Vulpius'sche Sonde bedeutet entschieden einen grossen Fortschritt in der Sondenbehandlung. Aber auch hier muss die richtige Lage der Sonde von Zeit zu Zeit controllirt werden, und ein Teil der Patienten verträgt diese Dauersonde nicht. In einem solchen Falle musste Verfasser nachträglich die Exstirpation des Thränensackes vornehmen, wodurch in Verbindung mit specialistischer Nasenbehandlung dauernde Heilung erzielt wurde. In einem andern Fall war die Sonde mit ihrem horizontalen Ast in einen Thränensack geschlüpft, also nicht mehr sichtbar, die Folge war wieder Störung der Thränenableitung. Auch hier trat dauernde Heilung ein durch sofort angeschlossene Thränensackexstirpation. Also in allen Fällen ist die Dauersonde auch nicht anwendbar. Eigentlich eignen sich nach Verfasser für die Spaltung und Sondenbehandlung nur leichtere Fälle ohne tiefergreifende Veränderungen, wo auch keine socialen Hindernisse der Durchführung der langwierigen Sondencur entgegenstehen. In einer Reihe von Fällen dagegen bevorzugt auch Verfasser die Exstirpation des Thränensackes, und zwar bei länger bestehenden, mit mehr oder weniger profuser schleimig-eitriger Secretion einhergehenden Processen, bei allen Processen mit Fistelbildungen, bei Periosterkrankungen und Caries, ferner bei Thränensackaffectionen im Gefolge von Anätzungen, von Verletzungen des inneren Augenwinkels, im Gefolge von sehr lange bestehenden Blepharo-Conjunctivitis mit Exulcerationen der Lidränder, weiterhin bei altem Trachom und seinen Folgezuständen, endlich wo aus socialen Gründen die Sondencur schwer durchzuführen ist, z. B. bei Arbeitern.

Die Verödung des Thränensackes durch Einlegung von Kügelchen von Wiener-Aetzpaste nach vollständiger Schlitzung der Thränenröhrchen statt der Exstirpation empfiehlt Dr. Scheffels in denjenigen Fällen, wo eine allgemeine Narkose nicht möglich ist (die locale genügt nicht, oder stört durch Infiltration das Gewebe), wo jede äussere Narbe vermieden werden soll, wo sehr starke Blutung zu befürchten ist, wie bei manchen Frauen zur Zeit der Menopause und wo keine Knochenerkrankung vorliegt. Die Kranken werden ambulant behandelt. Nach 2 Wochen ist der letzte Rest von Schleimhaut abgestossen und beginnt eine üppige Granulation, der bald die Heilung folgt.

Bemerkungen zur Therapie der Thränennasenleiden von Dr. Albrand (Deutsche med. Wochenschrift. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 10). — Ueber Thränensackverödung und ihre Bedeutung für den Praktiker, verglichen mit der Thränensackexstirpation von Dr. Scheffels (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 7. Heft).

**Thiocol.** Dr. Schnirer (Wien) empfiehlt das Thiocol als Antidiarrhoicum. Dasselbe hat sich Autor in vielen Fällen, namentlich bei subacutem und chronischem Darmcatarrh glänzend bewährt. In allen Fällen war nach ein-, zwei-, selten dreitägiger Behandlung mit Thiocol eine Abnahme der Frequenz der Dejectionen zu vermerken, der dann auch eine Eindickung der Dejecte folgte. Obgleich in keinem Falle ein Opiat verabreicht wurde, verschwanden stets die die Enteritits begleitenden Bauchschmerzen schon nach Einnahme weniger Thiocoldosen — offenbar eine Wirkung des in dem Präparate enthaltenen Guajacols, dem ja nicht unerhebliche anästhesirende Eigenschaften zukommen. Einen besonderen Vorzug gegenüber den Tannin-Präparaten besitzt das Thiocol dadurch, dass es, selbst einige Tage nach Sistiren der Diarrhoe weiter verabreicht, nie Obstipation erzeugt, ein Moment, welches gerade in der Therapie der chronischen Diarrhöen von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Unangenehme Nebenerscheinungen, wie Uebelkeit, Aufstossen, Erbrechen, Magendruck etc. wurden vom Thiocol nie beobachtet. Die Wirkung des Thiocols scheint weniger eine adstringirende als vielmehr eine antiseptische, durch das im



Digitized by Google

Präparate zu 52% enthaltene Guajacol bedingte, zu sein. Man verabreicht das Thiocol Erwachsenen in Dosen von 0,5, dreimal täglich in Pulvern, am besten in comprimirten Tabletten à 0,5 (Tabul. comp. Thiocoli Roche), Kindern in Dosen 0,25 bis 0,50 täglich in Lösung mit Syr. cort. aurantii versüsst.

Ein neues Antidiarrhoicum von Dr. Schnirer (Klin.-ther. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 79).

**Thiosinamin.** Das Thiosinamin gehört zu den Derivaten des ätherischen Senföles und ist chemisch als Allylsulfocarbamid oder Allylsulfoharnstoff zu bezeichnen. Hebra gab an, dass die Thiosinamininjectionen lupöse Herde in günstiger Weise beeinflussten, Narbengewebe weich und beweglich machten, Drüsentumoren, besonders tuberculöser Natur, verkleinerten, aufhellend auf alte Cornealtrübungen wirkten und die Resorption im Gewebe gesetzter Exsudate herbeiführten. Dr. Juliusburger berichtet nun über die Erfahrungen, welche an der Breslauer dermatologischen Universitätsklinik mit dem Thiosinamin gemacht wurde. Eine specifisch entzündliche und heilende Wirkung auf tuberculöses Hautgewebe (Lupusherde) wurde von Verfasser nicht beobachtet. Was die Wirkung des Thiosinamins auf hypertrophische starre Narben und Narbenkeloide anlangt, hat Verfasser ebenfalls günstige Erfolge erzielt. Die Thiosinamininjectionen wurden bei Narben verschiedenster Provenienz angewendet; besonders oft bei ausgeheilten Lupusfällen. Hier wurden die teilweise sehr straffen und unbeweglichen Narbenzüge weich und verschieblich in relativ kurzer Zeit, so dass der kosmetische und functionelle Nutzen oft ein eclatanter war. Auch bei hypertrophischen Narben und Narbenkeloiden anderer Provenienz (nach Verbrennung, Heissluft-Behandlung des Lupus erythematosus, Furunkeln etc.) bewirkte in vielen Fällen das Thiosinamin ein Weicherwerden der Narben, in einem Teil der Fälle versagte jedoch das Mittel. Endlich wurde das Thiosinamin bei einer Reihe von Sclerodermiefällen angewendet. Hier waren die Resultate ganz vorzügliche. Das straffe, harte Gewebe wurde schon nach wenigen Injectionen weicher und verschieblich. Die Störungen in der Beweglichkeit schwanden schnell, durch 2—4 Monate dauernde Behandlung wurden eine Reihe von Fällen völlig geheilt. Angewendet wurde das Thiosinamin in Form einer 10%igen wässerigen Glycerinlösung (Thiosinamini 10, Glycerini 20, Aq. dest. ad 100). Von dieser Lösung wurde gewöhnlich jeden zweiten Tag eine Pravazspitze = 0,1 g Thiosinamin injicirt, und zwar subcutan unter die Haut zwischen den Schulterblättern. In einigen Fällen wurden die Injectionen auch täglich gemacht, unter Umständen wurde die Dosis auf 0,2 resp. 0,3 g Thiosinamin erhöht. Ein Uebelstand der wässerigen Glycerinlösung ist, dass das Thiosinamin nach einigen Tagen ausfällt. Es genügt dann, die Lösung für einige Minuten in warmes Wasser zu stellen; dann löst sich von Neuem das ausgefallene Thiosinamin. Neben dieser subcutanen Thiosinamintherapie ist auch von Unna die örtliche Application in Form des Thiosinaminpflastermulls und der Thiosinaminseifen empfohlen worden. Auch Verfasser hat gelegentlich die 10—30%igen Pflastermulle sowohl allein wie als Unterstützung der subcutanen Thiosinaminbehandlung angewendet. Es gelingt auch durch diese örtliche Therapie die in Frage kommenden Affectionen günstig zu beeinflussen, aber nicht immer wird das Pflaster gut vertragen, häufig treten locale Reizerscheinungen auf, die erst beseitigt werden müssen, ehe die Pflasterbehandlung von Neuem begonnen werden kann.

Ueber Wirkung, Anwendungsweise und Nebenwirkungen des Thiosinanims von Dr. Juliusberger (Deutsche med. Wochenschr. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 74).

**Thymotal.** Das Thymotal, ein Derivat des Thymols, ist nach Dr. Pool ein geschmackloses Pulver, das durch den Magensaft nicht verändert, vielmehr erst im Darm langsam in freies Thymol zerlegt wird. Im Lazareth von Paramirabo wurde das Mittel gegen Anchylostomiasis mit angeblich bestem Erfolge versucht statt des bis dahin vorwiegend gebrauchten Thymols, das öfter Er-

Digitized by Google

brechen, rauschähnliche Zustände, selbst tödtliche Vergiftungen verursachte. Auch gegen Tänien und Askariden soll das Mittel wirksam sein. Dosirung: 3—4 mal täglich 2,0 Gramm, für Kinder 1,0 Gramm, für Säuglinge 0,5 Gramm vier Tage hintereinander, dann ein Abführmittel. Eventuell ist die Cur, insbesondere bei Anchylostomiasis, zu wiederholen.

Ueber Thymotal, ein neues ungiftiges Anthelminthicum von Dr. Pool (Med. Wochenschr. Nr. 12).

**Trachom.** Bei der Behandlung des Trachoms haben sich nach Dr. Hamburger (Lemberg) am besten Abreibungen der Bindehaut mit Holzwolletampons bewährt, die mit Sublimatlösung 1 : 1600 oder 1 : 800 getränkt sind. Wenn nach acht Tagen noch Wucherungen vorhanden sind, erfolgt eine Abreibung mit einer Lösung 1 : 200. Bei Initialtrachom pflegt einmalige bis zweimalige Abreibung zu genügen, die Heilung nach zehn Tagen zu erfolgen, bei chronischem Trachom waren bis zu zehn Abreibungen und ca. 40 Tage nötig. Die Procedur selbst ist nur vorübergehend schmerzhaft und bringt bald grosse Erleichterung.

Dr. Ssamtschuk verwendet eine Lösung, die aus 0,12 Sublimat in 30,0 Glycerin besteht. Mit dieser Lösung wird die Conjunctiva palpebrarum mit einem Wattepinsel nicht häufiger, als jeden dritten, gewöhnlich aber jeden fünften Tag, oder noch seltener, bestrichen. Das Brennen nach dem Pinseln ist ziemlich stark, dauert aber nur kurze Zeit, gewöhnlich nicht mehr als $^1/_2$ Stunde. Bei wiederholter Pinselung dauert der Schmerz noch weniger. Schädliche Folgen für Hornhaut und Iris wurden nicht beobachtet. Am folgenden Tage nach der Pinselung gebraucht Verfasser gewöhnlich Zinktropfen, zuweilen mit Cocaïn, je nach dem Zustande der Augen; bei Auflockerung der Conjunctiva — Pinselungen mit 2—3 Procent Silbernitratlösung mit nachfolgender Auswaschung mit Kochsalzlösung. Von den 485 behandelten Patienten war das Trachom bei den meisten stark ausgesprochen; bei vielen bestand bedeutende Conjunctivitis und schleimig-eitrige oder eitrige Secretion. Geheilt sind 266 d. h. 54,7 Procent, bei den nicht geheilten trat bedeutende Besserung ein. Ausser der antiseptischen Wirkung ruft die starke Sublimatlösung, nach der Meinung des Verfassers eine starke Hyperämie der Conjunctiva hervor, die einen lebhaften Stoffwechsel in ihr bedingt und einen rascheren Zerfall und Resorption der Körner begünstigt.

Nach Dr. Römer's Untersuchungen kann der therapeutische Wert der Jequirity-Behandlung nur vom Gesichtspunkte der Antitoxin-Immunität verstanden werden. Von der Firma Merck in Darmstadt wurde ein neues Präparat, das Jequiritol hergestellt, das eine exacte Dosirung ermöglicht. Verfasser hatte mit dem Mittel an drei Trachomkranken eine bedeutende Besserung der Sehschärfe erzielt. Unter der Leitung von Prof. Hess sind inzwischen an der Würzburger Augenklinik weitere Versuche gemacht, die zum Ergebniss geführt haben, dass das Jequirol das beste Aufhellungsmittel für Hornhauttrübungen ist, das wir zur Zeit besitzen. Das Verfahren eignet sich demnach nicht bloss für die Behandlung des trachomatösen Pannus, sondern ist bedeutungsvoll gerade für die Behandlung der sämtlichen sogenannten scrophulösen Augenleiden. Das Wesen der neuen Jequirity-Therapie besteht darin, dass unter der Wirkung des Jequiritols eine Entzündung der Conjunctiva mit seröser Durchtränkung der Cornea eintritt, die bei ihrer Rückbildung zur Aufsaugung der Trübungen führt. Mit Hilfe steigender Jequiritol-Dosen kann diese Entzündung mehrfach wiederholt werden, bis der Erfolg sichergestellt ist. Das Verfahren besteht aus folgenden Maassnahmen: Es wird zuerst die therapeutische Anfangsdosis bestimmt, indem aus Jequiritol No. I ein oder mehrere Tropfen in das Auge eingeträufelt werden; tritt danach noch keine Entzündung auf, so erfolgen nach 24 Stunden Tropfen aus Jequiritol No. II, u. s. w., bis die erste Entzündung mit zarten croupösen Membranen und Oedemen der Lider einsetzt. Nach Abklingen der ersten Entzündung folgen von Neuem



Digitized by Google

stärkere Dosen, bis der Effect eintritt. Ist eine Entzündung zu stark, so wird einige Male von dem Jequiritol-Serum, das von durch Jequiritol immunisirten Tieren gewonnen wird, auf die entzündete Conjunctiva eingeträufelt und die Entzündung schreitet nicht mehr weiter, sondern geht schnell zurück. In der Würzburger Klinik wurden Kinder mit scrophulösem, ekzematösem Pannus behandelt, die kaum noch die Finger dicht vor dem Auge zählen konnten und nachher unter der Jequiritol-Behandlung $^1/_2$—$^3/_4$ der normalen Sehschärfe bekamen. Dabei war bemerkenswert, dass die Steigerung der Sehschärfe in kurzer Zeit, 14 Tagen bis drei Wochen, eintrat, während an den Controll-Augen, die mit den bisher üblichen Mitteln behandelt wurden, überhaupt noch keine Besserung eintrat.

Das Trachom und seine Heilung von Dr. Hamburger (Wiener med. Wochenschr. Nr. 22). — Behandlung des Trachoms mit Sublimatglycerin von Dr. Ssamtschuk (Woj. med. Shurn. — Rev. d. russ. med. Zeitschrift Nr. 5). — Experimentelle Untersuchungen über Abrin- (Jequiritol-) Immunität, als Grundlage einer rationellen Jequirity-Therapie von Dr. Römer (v. Graefe's Arch. — Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 97).

**Trional.** Dr. Rosenfeld beobachtete an der psychiatrischen Klinik in Strassburg eine sichere Trionalintoxication mit letalem Ausgange im Verlaufe eines unter dem Bilde der hallucinatorischen Paranoia verlaufenden Verblödungsprocesses bei einer 28jährigen Frau. Die beobachteten Symptome der Intoxication sind: Schwindel, taumelnder Gang, Erlöschen der Reflexe; ferner auffallend tiefe Respiration, Hämatoporphyrinurie, Fehlen sonstiger pathologischer Veränderungen, die den Exitus bedingen konnten. Die Kranke hatte während der ersten Zeit des Spitalsaufenthaltes Trional in Dosen von 1 g genommen, mit günstigem Erfolge (leichte Remission) hinsichtlich der Psychose, ohne Zeichen einer Vergiftung. Erst als mit der Verschlimmerung der Psychose das Körpergewicht erheblich herunterging, entfaltete das Trional seine schädliche Wirkung. Ueberdies hatte die Kranke völlig puerilen Habitus mit auffallend kleinem Herzen. Die Intoxication trat ein, trotzdem das Mittel zeitweise ausgesetzt und jedwede Obstipation beseitigt wurde, die Hämatoporphyrinurie (sonst ein Frühsymptom) zeigte sich hier erst, als die übrigen Symptome schon voll ausgebildet waren. Wie sehr der Ernährungszustand für das Zustandekommen der Intoxication von Bedeutung ist, wurde vom Verfasser auch experimentell nachgewiesen.

Zur Trionalintoxication von Dr. Rosenfeld (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20).

**Tropococaïn.** Im Auftrage von Prof. Belljarminow hat Dr. Annin (St. Petersburg) das salzsaure Tropococaïn Merck geprüft. Autor gelangte zu folgenden Schlüssen: 1. Die Einträufelung des Mittels wird von Brennen und Thränenfluss begleitet und nach 10—15 Secunden tritt Hyperämie der Gefässe der Conjunctiva ein. 2. Ungefähr nach einer Minute tritt vollständige Unempfindlichkeit der Hornhaut und der Conjunctiva ein, die sich aber nicht lange hält und zwar 2—4 Minuten nach Einträufelung von drei Tropfen einer 3%igen Lösung und 3—4 Minuten bei Gebrauch einer 5%igen Lösung; nach dem Verschwinden der vollständigen Unempfindlichkeit bleibt eine unvollständige zurück, die ihrerseits 2—3, bezw. 2—5 Minuten anhält. 3. Das Tropococaïn übt auf die Iris keinen Einfluss und auf die Accommodation fast keinen Einfluss aus. 4. Der intraoculäre Druck scheint unter der Einwirkung des Tropococaïns gleichfalls sich nicht zu verändern. 5. Die Diffusion nach der vorderen Augenkammer steigert das Tropococaïn in bedeutendem Grade, indem es sich in dieser Beziehung dem Eucaïn nähert; besonders hoch wird die Diffusion gesteigert, wenn mit einfachem Wasser hergestellte Tropococaïnlösungen verwendet werden. 6. Das Tropococaïn lockert das Epithel der Hornhaut auf. Diese Auflockerung reicht jedoch nicht bis zu den tieferen Epithelschichten. 7. Die Giftigkeit des Tropococaïns ist $2^1/_2$mal schwächer als die des Cocaïns. Ausserdem hat das Tropococaïn den Vorzug, beim Kochen sich nicht zu verändern, während das Cocaïn dabei an Wirksamkeit einbüsst.

Digitized by Google

Dr. Annin über die Wirkung des salzsauren Tropococaïns auf das Auge in der russischen ophthalmologischen Gesellschaft zu St. Petersburg (Med Woche Nr. 32).

**Tuberculose.** Der erste Band eines gross angelegten Werkes über Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose von Dr. Jacob und Dr. Pannwitz enthält folgende Schlusssätze, welche die Verfasser auf Grund früherer Erfahrungen, wie an der Hand der aus ihrer Sammelforschung gewonnenen Ergebnisse gewonnen haben: 1. In nur sehr seltenen Fällen besteht die Lehre der strengen Contagionisten in der Weise zu Recht, dass der Tuberkelbacillus allein ohne irgendwelche mitwirkenden Einflüsse die Krankheit bedinge. Zu seiner Ansiedelung und Entwicklung gehört vielmehr eine bestimmte Beschaffenheit des menschlichen Körpers, bezw. der Lungen (Empfänglichkeit, Anlage, Disposition). 2. Es besteht eine ererbte oder in der Kindheit erworbene allgemeine Schwäche des Körpers. Bleibt eine derartige Minderwertigkeit des Körpers bestehen, so genügt schon diese für die Ansiedelung und Entwicklung des Tuberkelbacillus. 3. Aus der ererbten oder in der Kindheit erworbenen allgemeinen Schwäche entwickelt sich vielfach das Krankheitsbild der „allgemeinen Scrophulose". Diese bildet einen besonders fruchtbaren Boden für den Tuberkelbacillus. 4. Auf dem Boden der ererbten oder erworbenen allgemeinen Schwäche, bezw. allgemeinen Scrophulose entwickelt sich durch Einwanderung von Tuberkelbacillen in die Lymphdrüsen die „tuberculöse Scrophulose". Die in Drüsen abgelagerten Tuberkelbacillen verbleiben daselbst mehr oder weniger lange Zeit in lebensfähigem Zustande und vermögen eventuell später die Lungentuberculose hervorzurufen. 5. Zur Entstehung der Lungentuberculose im späteren Alter auf Grund einer seit der Kindheit bestehenden Disposition bedarf es meist jedoch noch besonderer Bedingungen, welche die von aussen eindringenden Bacillen befähigen, die krankhaften Veränderungen zu erzeugen. Diese Bedingungen sind entweder allgemeiner Natur (mangelhafte hygienische Lebensverhältnisse, schwächende Krankheiten, Alkoholismus etc.) oder örtlicher Art (Schädigung der Lunge durch Berufsthätigkeit, Traumata, Krankheiten der Atmungsorgane etc.). 6. Unter den gleichen Bedingungen allgemeiner Natur oder örtlicher Art können in den Lymphdrüsen abgelagerte Tuberkelbacillen mobilisirt werden und in die Lungen gelangen, um nunmehr Lungentuberculose hervorzurufen („Infection von innen her"). 7. Zur Entstehung der Lungentuberculose beim Erwachsenen bedarf es aber keineswegs immer einer von der Kindheit her bestehenden Disposition. Es geben vielmehr sehr häufig auch im späteren Alter allgemein oder örtlich schwächende Einflüsse dem Tuberkelbacillus die Möglichkeit zu seiner Ansiedlung und Entwicklung.

Dr. Ruhemann (Berlin) vertritt ebenfalls die Meinung, dass die Tuberkelbacillen nicht ausschliesslich und allein die Ursache der Tuberculose sind. Dieser Annahme widerspräche vor Allem die Thatsache, dass zahlreiche Menschen Tuberkelbacillen in ihren Körper aufnehmen und lange Zeit darin beherbergen, ohne tuberculös zu werden. Es musste noch etwas Besonderes hinzukommen, damit die Tuberculose entsteht, und das ist nach Autors Annahme in der grossen Mehrzahl der Fälle die Influenza. Die Influenza, diese weit verbreitete Krankheit, die vereinzelt und epidemisch einen grossen Teil der Erde beherrscht, die keinerlei Immunität hinterlässt, deren Erreger Jahre lang im Körper hausen und immer und immer wieder hervortreten können, ist die häufigste und wichtigste Ursache der Tuberculose, der gegenüber andere Infectionskrankheiten, Masern, Keuchhusten etc. ganz zurücktreten. Das, was man gemeinhin „Disposition" zur Tuberculose nennt, der phthisische Habitus, die Blutarmut, die geringe Widerstandskraft u. s. w., das Alles entsteht nach Ruhemann durch die Wirkung im Körper entstandener Tuberkelbacillen, die dann durch die Influenza wachgerufen werden und mit dieser die Tuberculose erzeugen. Dabei gesteht Ruhemann aber eine gewisse Disposition bestimmter Menschen zur Aufnahme, bezw. zur Beherbergung von Tuberkelbacillen zu. Gros-

Digitized by Google

sen Wert legt er auch bei diesem Zusammenwirken von Tuberkelbacillen und Influenza auf die Witterung, besonders auf das Verhalten der Sonne. Je mehr Sonne, desto weniger Tuberculose, und dieser Satz verdient eine besondere Beachtung bei der Verhütung und Behandlung der Tuberculose, die sich nicht zu einseitig gegen die Tuberkelbacillen richten soll.

Dr. Rudolph (Magdeburg) hält die Tuberculose für eine exquisite Infectionskrankheit und zwar deshalb, weil er eine beträchtliche Zahl von Fällen von Ansteckung unter Geschwistern beobachtet hat, deren Eltern vollkommen gesund waren und blieben. Wenn man aber die Tuberculose als Infectionskrankheit betrachtet, muss man auch, wie bei anderen Infectionskrankheiten, eine Disposition gelten lassen. Rudolph sieht nicht ein, warum man dieselbe gerade bei dieser Infectionskrankheit nicht annehmen will. Den Factor „Disposition" können wir bei der Tuberculose, ebenso wie bei anderen Infectionskrankheiten, leider bis jetzt nicht erklären. Die Ansteckungsfähigkeit der Menschen ist eine verschiedene, was schon daraus hervorgeht, dass an Mitralstenose Leidende für Phthise geradezu immun sind, während Menschen mit Stenose der Pulmonalarterien ganz auffallend häufig an einer Phthise zu Grunde gehen. Bei den Nachkommen Schwindsüchtiger ist nach Autors Meinung die Ansteckungsfähigkeit nicht ohne Weiteres gesteigert, sie ist nur gesteigert, wenn die Betreffenden den sogenannten Habitus phthisicus, der unzweifelhaft vererbt werden kann, geerbt haben. In einer Rudolph bekannten Familie waren die beiden jüngsten Töchter nach dem phthisischem Vater geschlagen, hatten ausgesprochen phthisischen Habitus und starben an Schwindsucht, die beiden älteren Töchter arteten nach der überaus kräftigen Mutter und blieben gesund, obwohl sie den Vater und die beiden Schwestern nahezu fünf Jahre lang gepflegt hatten. Von welchem Belang der Bau des Brustkorbes ist, dafür scheinen Rudolph einige Beobachtungen beweisend zu sein, die er an einarmigen Menschen gemacht hat. Nicht immer, aber häufig, wird nach Abnahme einer oberen Extremität allmählich die Musculatur der betreffenden Thoraxseite atrophisch. Es war nun in den drei Fällen die Seite von der Tuberculose befallen, wo der Arm fehlte. Verfasser beobachtete ferner das Gleiche bei einem Herrn, der in frühester Jugend eine spinale Kinderlähmung durchgemacht hatte und bei dem eine erhebliche Schwäche des rechten Armes und der rechten Schulter- und Thoraxmusculatur vorhanden war, die Tuberculose hatte die rechte Lunge befallen. Eine bacilläre Vererbung mit nachfolgender Latenz des vererbten Bacillus im Organismus hält Rudolph nicht für möglich.

Prof. Martius (Rostock) will strenger unterschieden wissen zwischen congenitaler Uebertragung und hereditärer Belastung. Die erstere, die intrauterine Infection durch Hodentuberculose des Vaters oder Placentartuberculose der Mutter, spielt bei der Tuberculose kaum eine nennenswerte Rolle. Ererbt ist nur, was in der Keimanlage von Anfang an vorhanden ist; die Kerne der Samen- und der Eizelle bergen die gesammte Erbmasse. Die anamnestische Frage nach dem Vorkommen tuberculöser Erkrankungsfälle in der Familie, die rein numerische Methode überhaupt, reicht nicht aus; die Bedeutung der Erblichkeit festzustellen, gelingt nur durch die in der wissenschaftlichen Genealogie übliche Untersuchungsmethode der Aufstellung von Ahnentafeln. Martius schreibt dieser Methode dieselbe Bedeutung für die Erforschung der Erblichkeit zu, welche in der Bakteriologie den trockenen Nährböden zukommt. Martius selbst hat zwei solche Ahnentafeln herstellen lassen, die zwei Familien eines kleinen Ortes durch viele Generationen hindurch verfolgen. Die eine zeigt ein tuberculöses Ehepaar, deren Nachkommenschaft viele Generationen hindurch mit Tuberculose durchsetzt ist. Die andere zeigt ein gesundes Elternpaar mit gesunder Nachkommenschaft; die Familie zieht in eine Wohnung, die mit Tuberculose stark durchseucht ist; es tritt keine Erkrankung ein, auch die folgenden Generationen bleiben gesund. Also trotz star-

Digitized by Google

ker Exposition keine Infection, weil die Belastung fehlt, die erbliche phthisische Diathese. Ueber der Beschäftigung mit dem Tuberkelbacillus, den Bedingungen seiner Verbreitung etc., meint Martius, ist die Beachtung des constitutionellen Momentes zu sehr in den Hintergrund getreten; vom Standpunkt einer richtigen Constitutionspathologie aus aber steht unter den ursächlichen Momenten der Tuberculose die hereditäre Belastung obenan.

Nach den pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Dr. Aufrecht (Magdeburg) gehen die den Anfang der Lungenschwindsucht darstellenden Veränderungen des Lungengewebes immer von kleinen Gefässen der Lungenarterie aus, von wo aus dann entzündliche Processe im Lungengewebe ihren Ausgang nehmen. In den veränderten Gefässen können die Bacillen direct nachgewiesen werden, wohin sie zuerst aus tuberculös erkrankten Lymphdrüsen gelangen. In erster Linie kommen hier die mediastinalen, in zweiter die mesenterialen Drüsen in Betracht. Die Infection der Drüsen selbst erfolgt am meisten von den Tonsillen aus. In den Lungenspitzen können die eingedrungenen Bacillen am schwersten wieder unschädlich gemacht werden. Die tuberculöse Disposition liegt nun ganz besonders in der Neigung des Lungengewebes, sich im Anschluss an die Gefässerkrankung zu entzünden. Die Furcht vor Ansteckung durch Einatmung hält Aufrecht für unbegründet.

Auf dem Britischen Tuberculose-Congress zu London hielt Prof. Koch (Berlin) einen Vortrag über den Kampf gegen die Tuberculose im Lichte der bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infectionskrankheiten gewonnenen Erfahrungen. Bei der Tuberculose ist als die wichtigste Quelle der Infection das bacillenhaltige Sputum der Schwindsüchtigen allgemein anerkannt. Indem dieses entweder trocken in der Luft zerstäubt wird oder in feuchten Partikelchen an Kleidern und anderen Gegenständen haften bleibt, findet es Gelegenheit, in gesunde Lungen einzudringen und diese zu inficiren. Demgegenüber kommt die hereditäre Uebertragung, wenn überhaupt, nur sehr wenig in Betracht. Als eine weitere Quelle gelten auch die von tuberculösen Haustieren, namentlich Rindern, stammenden Keime, die in der Milch und der Butter sowie im Fleisch enthalten sein können. Ueber die Identität der Tuberculose des Menschen mit derjenigen der Rinder hatte sich Koch schon früher sehr reservirt ausgesprochen. Um dieser Frage näher auf den Grund zu gehen, hat er Kälber, welche die Tuberculinprobe bestanden hatten, also für frei von Tuberculose gelten mussten, auf verschiedene Weise mit Reinculturen menschlicher Tuberkelbacillen zu inficiren gesucht: durch Injectionen unter die Haut, in die Bauchhöhle, in die Venen, durch Fütterung mit Sputum, durch Inhalationen von bacillenhaltigem, zerstäubtem Wasser. Keines der Tiere wurde krank, noch zeigte eins, als sie nach sechs bis acht Monaten getödtet wurden, irgend welche Spuren von Tuberculose in seinen Organen. Ganz anders verliefen jedoch die Versuche, wenn das bacillenhaltige Material nicht vom Menschen, sondern von tuberculösen Tieren genommen wurde: dann brach stets schon nach kurzer Zeit eine schwere Tuberculose in verschiedenen inneren Organen aus, an welcher die Tiere zu Grunde gingen. Genau dasselbe ergab sich bei entsprechenden Versuchen mit Ferkeln: diese Tiere waren auch nicht mit menschlicher Tuberculose, wohl aber mit Rindertuberculose zu inficiren. Die weitere Frage, ob umgekehrt der Mensch der Rindertuberculose gegenüber empfänglich ist, lässt sich zwar nicht durch Experimente entscheiden. Da jedoch bei dem häufigen Vorkommen von Tuberkelbacillen in Milch und Butter solche sehr oft von Menschen, namentlich von Kindern, verzehrt werden müssen, während die primäre Tuberculose des Darmcanals äusserst selten ist, so kann die Gefahr einer Infection auf jenem Wege nur sehr gering sein. Koch fasst das Ergebniss in folgende Sätze zusammen: Obgleich die wichtige Frage, ob der Mensch für Rindertuberculose überhaupt empfänglich ist, noch nicht völlig entschieden ist und auch heute oder morgen nicht entschieden werden wird, so kann

Digitized by Google

man trotzdem schon aussprechen, dass, wenn solche Empfänglichkeit überhaupt vorkommt, die Infection menschlicher Wesen ein sehr seltenes Vorkommniss ist. Er möchte die Ausdehnung der Infection durch Milch und Fleisch tuberculösen Viehes oder durch Butter, die aus seiner Milch hergestellt ist, für kaum grösser ansehen als die der hereditären Uebertragung, und er hält es deshalb nicht für ratsam, irgend welche Maassregeln dagegen zu ergreifen. Der Auswurf der Schwindsüchtigen ist und bleibt also die wichtigste Gefahr, und diesen zu vernichten und seine Verbreitung zu verhindern, die wichtigste Aufgabe im Kampfe gegen die Tuberculose. Diese Aufgabe ist am schwierigsten in den eng bewohnten, schlecht gelüfteten Quartieren der ärmeren Volksklassen. Hier sind die eigentlichen Herde der Schwindsucht. Deshalb muss die gesetzliche Regelung der Wohnungsfrage sowie die Hebung der socialen Lage des Volkes mit der Bekämpfung der Schwindsucht Hand in Hand gehen. Ferner weist Koch auf den Wert von Hospitälern für Schwindsüchtige hin. Wenn Schwindsüchtige der armen Stände in solchen Hospitälern bis an ihr Lebensende gute Aufnahme und Pflege finden, so wird dadurch die Gefahr der Verbreitung der Krankheit schon wesentlich eingeschränkt. Als sonstige wichtige Maassregeln nennt Koch die Anzeigepflicht, wenn nicht jedes Falles von Tuberculose, so doch derjenigen, welche eine Gefahr für die Umgebung bilden und ferner die Desinfection der Kleider und Habseligkeiten jedes an Tuberculose Verstorbenen.

Gewichtige Einwände gegen Koch wurden zunächst von Prof. Lister (London) geltend gemacht. Die Nichtübertragbarkeit der menschlichen Tuberculose auf das Rind, die Koch's Experimente erweisen, hält Lister für eine wichtige Thatsache, die durch weitere Versuche nachgeprüpft werden müsse. Die Umkehrung dieses Satzes aber, dass nun auch die Rindertuberculose nicht auf Menschen übertragbar sei, sei damit nicht erwiesen. Lister erinnert daran, dass auch die menschlichen Pocken nur sehr selten und schwer auf Kälber zu übertragen seien, während doch der Mensch für die Kuhpocken sehr empfänglich sei. Koch's Annahme, dass die primäre Darmtuberculose so überaus selten sei, treffe nicht in vollem Maasse zu; die englischen Statistiken wiesen höhere Zahlen auf, als die von Koch angeführten, es müssten die Fälle von sogenannter Tabes mesenterica hinzugerechnet werden, weil die Tuberkelbacillen sehr wohl die Darmschleimhaut, ohne sie zu lädiren, passiren, und in den Mesenterialdrüsen den primären Krankheitsherd bilden könnten. Der Versuch schliesslich, in den Fällen von primärer Darmtuberculose durch Reinzüchtung der Bacillen und Verimpfung auf das Rind ihren Ursprung, vom Tier oder Menschen, differentiell festzustellen, brauche bei negativem Ausfall nicht als schlüssig angesehen werden; denn auch wenn die Bacillen vom Rinde stammten, könnten sie in dem von ihnen im Menschen angeregten Krankheitsherde die Charaktere der menschlichen Bacillen angenommen haben, d. h. durch den Aufenthalt im Menschen derartig modificirt sein, dass sie nun schwer oder gar nicht mehr im Rinde fortkämen.

Prof. Fadyean folgert aus Koch's Versuchen nur, dass die Tuberkelbacillen des Menschen eine geringere Virulenz zu haben scheinen, als die des Rindes: daher gelinge es nur schwer, mit ihnen das Rind zu inficiren; ob das nie gelingt, bleibt dahingestellt, bis zahlreichere Versuchsreihen vorliegen. Dass nun aber auch der Rindertuberculosebacillus nicht auf den Menschen übertragbar sei, wäre keineswegs erwiesen. Der Bacillus der Rindertuberculose sei für Hunde, Schafe, Pferde und viele andere Tiere infectiös; daher sei es eher wahrscheinlich, dass er auch auf den Menschen übertragen werden könne. Was die Häufigkeit der primären Infection vom Darm aus anlange, so gäben englische Statistiken dieselbe auf 28—29% an. Wenn man bedenke, dass die langsame Entwicklung der Tuberculose oft den bestimmten Nachweis des Ortes der primären Infection bei der Section unmöglich mache, ferner, dass auch die Mesenterialdrüsentuberculose als Primärinfection vom Darme aus anzusehen sei, so komme man zu dem Schluss, dass die

Digitized by Google

tuberculöse Infection vom Ernährungstractus aus (durch die Milch) nicht nur nicht ausserordentlich selten, sondern vielmehr recht häufig sei. Der Redner will deshalb die Maassnahmen gegen die Verbreitung der Tuberculose durch die Milch beibehalten und noch verstärkt wissen.

Prof. Brouardel (Paris) warnt davor, durch die Aufklärung über die Tuberculose nicht Tuberculophobie zu züchten: er betont deshalb mit Nachdruck die Heilbarkeit der Tuberculose in den Frühstadien. Die Tuberculose wird nicht ererbt, sondern erworben; die schlechten Wohnungsverhältnisse, das enge Zusammenleben in Schulen, Arbeitsstätten etc. begünstigen ihre Erwerbung, eine sehr bedeutsame Rolle als Förderer der Infection spielt der Alkoholismus. Der Heilstättenbewegung spricht Brouardel eine grosse Bedeutung zu.

Die Beschlüsse, die der Congress fasste, lauten folgendermassen: 1. Das tuberculöse Sputum ist das Hauptverbreitungsmittel für die Tuberculose; das öffentliche Spucken ist zu unterdrücken. 2. Die Heilanstalten sollen die Tuberculösen mit Instructionen über die Verhütung der Verbreitung der Schwindsucht versehen und auf die Verwendung von Taschenspucknäpfen dringen. 3. Die freiwillige Anzeigepflicht und die darnach zu ergreifenden Vorbeugungsmaassregeln sind auszudehnen. 4. Die Vermehrung der Sanatorien ist ein notwendiges Mittel zur Verminderung der Tuberculose. 5. Die Vorkehrungen zur Vermeidung der Verbreitung der Tuberculose durch Fleisch und Milch sind in ungeschwächter Weise zu treffen. 6. In Folge der Zweifel an der Identität der Menschen- und Rindertuberculose ist von den Regierungen eine Untersuchung unverzüglich über diese Frage zu veranstalten. 7. Die öffentliche Aufklärung über die Verhütung der Tuberculose ist von Staat, Gemeinde und Vereinen zu fördern. 8. Eine permanente internationale Commission zur Sammlung und Veröffentlichung aller im Kampfe gegen die Tuberculose notwendigen und erfolgreichen Maassnahmen, bestehend aus den Vertretern der grossen nationalen Vereine und der Regierungen, ist in's Leben zu rufen. 9. In den schlechten Wohnungsverhältnissen der arbeitenden Classen liegt eine Prädisposition zur Verbreitung der Tuberculose. 10. In Anbetracht der Bedeutung der Sanatorien in dem Kampfe gegen die Tuberculose sind die Regierungen und philantropischen Gesellschaften auf die Notwendigkeit von antituberculösen Dispensarien (Ambulatorien), insbesondere für die ärmeren Klassen, aufmerksam zu machen. 11. Auf die Tagesordnung des nächsten Congresses ist die Frage der constitutionellen Anlagen des Menschen, die ihn zur Tuberculose prädisponiren, zu setzen.

Prof. Virchow (Berlin) constatirt, dass Koch in den Behauptungen darüber, wie selten Rindertuberculose auf Menschen übertragen werde, wohl zu weit gegangen ist. Das Rinder- und Menschentuberculose sich von einander unterscheiden, hat Virchow schon vor Jahren angegeben. Nach Virchow soll nichts Tuberculose genannt werden, was nicht die pathologisch-anatomisch differencirten Tuberkel darbietet. Das Vorhandensein der Tuberkelbacillen allein kann nach Virchow nicht als maassgebend bezeichnet werden. Die Bakteriologen vernachlässigen vor Allem auch den Umstand, welche Quantität von Infectionsmaterial aufgenommen werden muss, um zu einer Infection zu führen.

Prof. Hueppe (Prag) bestreitet den Artunterschied zwischen dem Erreger der Perlsucht und der Menschentuberculose und vertritt die Auffassung, dass die an den Erregern der beiden Tuberculoseformen aufzufindenden Unterschiede nur Modificationen einer Art darstellen, welche durch die Verschiedenheit der Wirte hervorgebracht werden. Dass ein Artunterschied zwischen den beiden Formen nicht vorhanden sein kann, geht auch aus der Beobachtung hervor, dass bei der Uebertragung der Menschen- oder Rinderbacillen auf Meerschweinchen oder Kaninchen der Organismus der letzteren Tiere die bestehenden Differenzen zwischen den beiden Formen so ausgleicht, dass ein Unterschied nicht mehr wahrzunehmen ist. Von Koch wird immer, wie auch von anderen Bakteriologen, das Moment der individuellen Empfänglichkeit zu sehr ausser Rechnung

Digitized by Google

gelassen. Das Haften des Rinderbacillus am Menschen ist aber ganz sicher und findet in grösserem Umfange statt, als Koch angibt. Der Kampf gegen die Tuberculose der Rinder ist nach Hueppe mit aller Energie in dem bisher geübten Sinne fortzusetzen. Es ist übrigens sicher, dass manche Formen von Tuberculose, welche man auf Einatmung zurückführt, doch auf Rechnung der Nahrungsaufnahme zu setzen sind. Koch unterschätzt die Gefahr der tuberculösen Milch ganz bedeutend.

Prof. Baumgarten (Tübingen) schliesst sich Koch soweit an, dass er praktisch in der Tuberculose des Rindviehs keine sehr erhebliche Gefahr für den Menschen erblickt. Deshalb aber lässt er doch seine Ueberzeugung von der Wesenseinheit der menschlichen und tierischen Tuberculose, speciell der menschlichen und Rindstuberculose (Perlsucht) nicht fallen; denn erwiesen ist die Möglichkeit der Erzeugung acuter allgemeiner Miliartuberculose durch Perlsuchtbacillen (Gaiser) und andererseits die Erzeugung der Perlsuchtform beim Kaninchen durch menschliche Tuberkelbacillen (nach Einwirkung von Jodoformdämpfen auf dieselben; Versuche von Tangl und Troje). Die negativen Impfresultate beim Rind und Menschen können gegenüber diesen und anderen Beweisen für die Identität der beiden Bacillen nicht so sehr ins Gewicht fallen, zumal sie sich leicht auch vom Standpunkte der Identität verstehen lassen; Baumgarten erklärt sie, ähnlich wie Hüppe, durch Anpassung an den Wirtsorganismus: die pathogene Wirksamkeit der Bakterien ist ganz allgemein eine ihrer wandelbarsten Eigenschaften. Die Beibehaltung der bisherigen Maassregeln gegen die Milch und das Fleisch tuberculöser Tiere befürwortet auch Baumgarten.

Prof. Heller (Kiel) berichtet von einem gesunden Manne, welcher Tätowirungsfiguren an seinen Armen, die er sich früher beigebracht hatte, durch Einreiben mit Kuhmilch — einem verbreiteten Volksglauben nach ein gutes Mittel gegen Tätowagen — zu beseitigen suchte. An beiden Armen, den Linien der tätowirten Zeichnung entsprechend, entwickelte sich Hauttuberculose. Es darf angenommen werden, dass die Milch inficirt war. Aus Rostock wurde über die tuberculöse Localerkrankung zweier Fleischer berichtet, die sich beim Schneiden tuberculösen Fleisches inficirt hatten.

Aus einer Arbeit von Prof. Biedert und Dr. E. Biedert (Hagenau) geht hervor, dass sich ein Einfluss der Verbreitung des Milchgenusses in der Bevölkerung auf die Häufigkeit der Tuberculose und die Mortalität an derselben nicht erkennen lässt, indem der hohen Viehzahl sogar die günstigsten Tuberculoseverhältnisse bei den Menschen gegenüber stehen. Der Rohmilchgenuss erscheint in gewissem Sinne sogar eher nützlich als schädlich, indem bei ausgedehnter Milchwirtschaft ein grösserer Wohlstand vorhanden zu sein pflegt.

Dr. Morgenroth konnte durch seine Versuche nachweisen, dass, wenn man sämmtliche in der Milch vorhandenen Tuberkelbacillen tödten will, man die Erhitzung der Milch auf 70° C. ca. 30 Minuten lang vornehmen muss und dass auch, wenn man bis auf 100° C. erhitzt, diese Temperatur mindestens drei bis fünf Minuten einzuwirken hat, um sämmtliche Tuberkelbacillen mit Sicherheit zu tödten. Aber auch niedrigere Temperaturen von ca. 55°, wie sie die neuen Thermophorapparate liefern, genügen nach den Untersuchungen dieses Autors, um eine Vernichtung der Tuberkelbacillen herbeizuführen, sofern man die Milch mindestens drei Stunden lang in dem Thermophor stehen lässt.

Trotz sorgfältiger Untersuchungen gelang es Dr. Bonhoff (Marburg) in 28 Butter- und drei Margarineproben niemals durch die Impfung bei Tieren eine Tuberculose zu erzielen.

In der Jahresversammlung des deutschen Central-Comités zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke erstattete Dr. Pannwitz den Jahresbericht. Die Zahl der Heilstätten ist in erfreulichem Wachsen begriffen, besonders im Westen und Süden Deutschlands, während im Osten allerdings noch ein Mangel an Heilstätten besteht. Für weibliche Lungenkranke und für die Ange-

Digitized by Google

hörigen des Mittelstandes müsste noch mehr gethan werden. Die weiteren Bestrebungen gehen dahin, die Fürsorge über die Heilstätten hinaus auszudehnen durch Familienunterstützung und durch Einrichtung von Genesungsheimen; auch die weitere Verbreitung der Erholungsstätten nach dem Muster der bei Berlin bestehenden verspricht Vorteil.

Dr. Rumpf (Friedrichshain) bemängelt die Ueberweisung von Kranken in vorgeschrittenen Stadien in die Heilanstalten; von 106 seiner Anstalt überwiesenen Tuberculösen waren mehr als die Hälfte für die Heilstättenbehandlung nicht geeignet. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die stark überlasteten Kassenärzte nicht in der Lage sind, die nötige Zeit und Sorgfalt auf die Auswahl der Kranken zu verwenden, und dass andererseits viele Kranke, zumal auf dem Lande, sich erst sehr spät entschliessen, einen Arzt aufzusuchen. Bei der ständig wachsenden Zahl der Anträge ist es aber umso dringender erforderlich, die ungeeigneten Fälle, unter denen sich gelegentlich auch Nicht-Tuberculöse finden, von den Heilanstalten fern zu halten. Um das zu erreichen, empfiehlt Rumpf die Einrichtung von Voruntersuchungsstationen, welche, von specialistisch vorgebildeten Aerzten geleitet, am besten an Tuberculose-Krankenhäuser anzuschliessen wären, und in denen die Möglichkeit einer klinischen Beobachtung gegeben wäre.

Für schwer erkrankte Tuberculöse, welche in den Heilstätten keine Aufnahme finden sollen, schlägt Prof. Fränkel die Gründung von Asylen vor, nicht nur im Interesse der Patienten, sondern auch der allgemeinen Prophylaxe. Da wir wissen, dass die Tuberculose eine Infectionskrankheit ist, so folgt daraus, dass jeder Kranke eine Gefahr für seine Umgebung bedeutet; und dieser Gefahr kann nur durch Errichtung von Asylen, in denen die Tuberculösen abgesondert verpflegt werden, wirksam gesteuert werden.

Die Bekämpfung der Tuberculose im Kindesalter besprach Prof. Heubner (Berlin). Am erfolgreichsten ist der Kampf gegen die Tuberculose der Kinder im Stadium der Drüsentuberculose. Die Scrophulose ist als Ausgangspunkt der Krankheit von besonderer Wichtigkeit; die Seehospize haben Erspriessliches geleistet, sind aber schon wegen des kurzen Aufenthalts der Pfleglinge in ihnen nicht ausreichend. Von der medicamentösen Behandlung mit Tuberculin und Hetol ist nichts zu erwarten. Die Tuberculose der Kinder muss ebenso wie die der Erwachsenen durch Kräftigung des Allgemeinzustandes bekämpft werden. Es empfiehlt sich die Errichtung von besonderen Abteilungen für Tuberculose in den Kinderspitälern oder besonderer Heilanstalten für tuberculöse Kinder; die in Frankreich bestehenden Anstalten dieser Art haben sich gut bewährt; auch an die bestehenden Sanatorien könnten sehr zweckmässig Kinderabteilungen angegliedert werden, wie dies vom Berlin-Brandenburger Heilstättenverein für die Belziger Heilstätte in Aussicht genommen ist. Da die Erfahrung lehrt, dass Kinder, welche acute Infectionskrankheiten, wie Masern, Diphtherie, Keuchhusten, durchgemacht haben, besonders leicht zur Tuberculose disponirt sind, so ist auf die Reconvalescentenpflege besondere Sorgfalt zu verwenden. Das liegt im Interesse der allgemeinen Gesundheitspflege, und darum wäre es Aufgabe der Gemeinden, in der Nähe der Städte Reconvalescentenheime für genesende Kinder zu gründen, welche in organische Verbindung mit den Kliniken und Krankenhäusern zu bringen wäre.

Die Bedeutung der Seehospize für tuberculöse Kinder erörterte Prof. Ewald (Berlin). Bei den engen Beziehungen zwischen Scrophulose und Tuberculose muss auf die Bekämpfung der ersteren in erhöhtem Maasse die Aufmerksamkeit gerichtet werden; die Seehospize haben sich dabei sehr gut bewährt, allerdings ist der Aufenthalt der Kinder meist zu kurz bemessen, und es wäre sehr wünschenswert, dass es möglich gemacht werde, ihn bis zu 1 oder 1½ Jahren auszudehnen. Irrig ist die Ansicht, dass Kinder mit Lungentuberculose von der Aufnahme ausgeschlossen sind; das gilt nur für die Fälle von vorgeschrittener Tuberculose, weil solchen Kindern der Aufenthalt an

Digitized by Google

der See erfahrungsgemäss nicht zuträglich ist.

Ein glänzendes Unternehmen ist das von Dr. Bielefeldt beschriebene Oeuvre d'Ormesson. Hier werden tuberculöse Kinder, meist durch die Vermittelung einer eigens dafür in Paris errichteten Poliklinik, zunächst in eine in üblicher Weise vortrefflich eingerichtete Heilanstalt aufgenommen. Die genügend Gebesserten kommen früher oder später in ein Reconvalescentenheim, in dem sie vorsichtig, probeweise, mit Gartenarbeit, Landbau und ähnlichen Dingen beschäftigt werden, und kommen von da, falls sich die Besserung bewährt hat, in eine colonie sanitaire agricole, wo sie nun unter strammer günstiger Arbeit zu gesunden kräftigen Menschen heranwachsen. Das Institut kann zur Zeit nur Knaben aufnehmen und man hat die Beobachtung gemacht, dass bei Knaben zwischen dem 3. und 7. Lebensjahre die besten Erfolge erzielt werden. Bei diesen kann man unter dem mustergiltigen Vorgehen des oeuvre d'Ormesson auf etwa 50 % dauernde Heilungen rechnen.

Dr. v. Weismayr (Alland) vertritt den Standpunkt, dass nicht nur im Süden, an den Meeresküsten und im Hochgebirge, sondern überall Orte zu finden sind, die sich für die Behandlung der Schwindsucht eignen, dass also die Lungenschwindsucht dort behandelt werden soll, wo der Kranke später zu leben gezwungen ist. Als Director der Heilanstalt Alland ist v. Weismayr in der Lage, auf günstige Erfolge hinzuweisen, welche ihn zu dem Ausspruche berechtigen: Die Tuberculose wird mit der sichersten Aussicht auf Heilung in specialärztlich geleiteten, geschlossenen Heilanstalten behandelt; jeder Kranke soll die ihm zunächst liegende Anstalt aufsuchen, um bei der Rückkehr nicht durch die Veränderung des Klimas zu leiden. Verfasser führt den Nachweis, dass diese Volksheilstätten für die Umgebung nicht gefährlich, vielmehr nützlich sind.

Einer statistischen Arbeit von Dr. Reiche (Hamburg) bezüglich der Ertolge der Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger sind folgende Daten entnommen: Von den 1895er Heilstättenpfleglingen lebten noch Ende 1899 80 %, von den 1895er Krankenhauspatienten lebten 1899 noch 28 %, von den 1896er: 85,9 % gegenüber 38 %, von den 1897er: 92,6 % gegenüber 55,1 %, von den 1898er: 91,4 % gegenüber 77,5 %.

Dr. Williams (London) empfiehlt 1. das Seeklima (Schiffsreisen) bei hämorrhagischer Phthise, bei Complication mit Drüsen- oder Gelenktuberculose, bei Cavernenbildung, wenn die Krankheit einseitig und begrenzt ist; 2. das trockene warme Klima (Wüsten-Klima, speciell Egypten und Mittelmeerküste, bes. Riviera) bei chronischer Phthise älterer Leute mit Neigung zu entzündlichen Affectionen in Larynx und Bronchien, welche die Höhenluft nicht vertragen; 3. das Höhenklima für jüngere Leute und beginnende Fälle.

Lange Seereisen sind vorgeschrittenen Phthisikern nach Dr. Freund (Prag) unbedingt zu widerraten. Dagegen sind kürzere Seefahrten bei ruhigem Meer und milder Witterung, wie wir sie z. B. mit geringen Ausnahmen während der Sommermonate in der Adria, im griechischen Meere und anderen Teilen des mittelländischen Meeres antreffen, bei gutem Kräftezustande der Patienten gewiss angezeigt. Für beginnende Phthise dürfte eine lange Seereise nur dann in Betracht kommen, wenn Zeit und Ziel der Fahrt (Rückfahrt mit eingerechnet) derartig gewählt ist, dass auf günstige Witterung und möglichst ruhiges Meer mit grösster Wahrscheinlichkeit gerechnet werden und man eine gute Schiffskost erwarten kann. Ausserdem sollte der Patient durch eine kurze Probefahrt sich zunächst darüber vergewissern, dass er gar nicht oder wenig an Seekrankheit zu leiden hat. Was die Frage anlangt, ob lungenkranke Aerzte Schiffsärzte werden sollen, so ist sie schon durch die eben angedeuteten Maximen entschieden, nur wäre noch zu berücksichtigen, dass die einzelnen Schifffahrtsgesellschaften bei der Dienstpraxis auf den Gesundheitszustand des betreffenden Schiffsarztes gar nicht oder wenigstens nicht auf die Dauer — was Schiff, Reiseziel u. s. w. anlangt — Rücksicht zu nehmen vermögen. Nur zu leicht kann es passiren, dass der der

Digitized by Google

Schonung und Erholung bedürftige Schiffsarzt sich auf Reisen begeben muss. von denen selbst der Robuste geschwächt und mit starkem Gewichtsverluste zurückkehrt.

Nach Prof. Heron ist die Benutzung des Tuberculin in der Medicin dadurch allgemein discreditirt worden, dass 1. das Tuberculin in ungeeigneten Fällen angewendet worden ist, 2. zu hohe Dosen gegeben worden sind, 3. man nicht erst abgewartet hat, bevor mindestens 24 Stunden die Temperatur normal gewesen ist, 4. man zu schnell die Dosis bei der Behandlung gesteigert hat, 5. Aerzte wie Publicum grosses Misstrauen gegen die Behandlung gezeigt haben. Nach seinen Erfahrungen ist das Tuberculin ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel und hat sich bei einer grossen Zahl von Tuberculose-Fällen und einigen Fällen von Lupus vorzüglich bewährt.

Prof. Koch (Berlin) hat in etwa 3000 Fällen zu diagnostischen Zwecken die Tuberculininjection gemacht und in etwa 99% der Fälle positiven Erfolg erzielt. Beim Menschen ist die Reaction sicherer, als beim Tier. Koch behandelt mit Tuberculin nur in frühen, nicht complicirten und eine normale Temperatur zeigenden Fällen von Lungentuberculose. Bei dieser Auswahl der Fälle hat er stets Heilung erzielt. Er empfiehlt Wiederholung der Cur nach einigen Monaten. Man fange mit kleinen Dosen an und steige langsam in der Dosirung. Nach Eintritt der Reaction warte man einige Tage bis zur Wiederholung der Einspritzung.

Was die Behandlung betrifft, so hat Prof. A. Fränkel (Berlin) in ausgesuchten Fällen Dauerheilung erzielt, es gehört dazu besonders Geduld und sehr vorsichtiges Steigern der Dosis. Diagnostisch gibt das Mittel günstige Resultate und seine Anwendung ist bei sehr frühen, sonst nicht zu diagnosticirenden Fällen von besonderer Bedeutung, da gerade die Frühdiagnose eine sehr schöne Bedingung des günstigen Erfolges der Behandlung darstelle.

Nach Dr. Williams (Brompton) leistet diagnostisch das Kochsche Mittel Hervorragendes. Zur Behandlung ist es unbrauchbar und gefährlich. Frühe Fälle werden auch durch die übliche Heilstättenbehandlung geheilt, in schon etwas mehr vorgeschrittenen Fällen bringt es die Patienten herunter. ruft geradezu Cavernenbildung hervor.

Nach Dr. Anderson (Glasgow) eignet sich das Tuberculin zur Diagnose und bei Behandlung chirurgischer Tuberculose. Bei inneren tuberculösen Processen ruft es Verschlimmerung hervor, die vielleicht auf noch unbekannte Ursachen zurückzuführen ist.

Dr. France (Clayburg) hat bei 75 Irrsinnigen den diagnostischen Wert des Tuberculins untersucht. Diejenigen, welche keine positive Tuberculinreaction hatten, zeigten auch klinisch und post mortem keine Zeichen von Tuberculose, während bei den positiv reagirenden Kranken sichere Zeichen von Tuberculose zu finden waren. Hiermit ist der hohe Wert des Tuberculins zu diagnostischen Zwecken bewiesen.

Als ersten Grundsatz bei der Tuberculinbehandlung hat Dr. Goetsch stets daran festgehalten, keine fiebernden Tuberculösen zu injiciren. Fiebernde Tuberculöse müssen erst durch Bettruhe und Einpackungen entfiebert werden. Gelingt dies nicht, so sind sie für die Tuberculincur nicht geeignet. Scheinen die Kranken zur Cur geeignet und zeigen sie Tuberkelbacillen, so wird am dritten Tage mit der Cur begonnen. Bei diesen Kranken wird die Anfangsinjectionsdosis dem örtlichen Befund und dem allgemeinen Kräftezustand entsprechend gewählt, gewöhnlich ist es 0,0001 g vom alten Tuberculin. Ruft die Dosis eine erhöhte Temperatur hervor, so wird auf 0,00001 zurückgegangen, wird auch dies nicht vertragen, so wird das neue Tuberculin (T. R.) angewandt, welches meistenteils in Dosen von 0,001 mg wirksamer Substanz gut vertragen wird und sich als Vorcur für das alte Tuberculin gut bewährt hat. Sobald 0,1 mg T. R. erreicht ist, wird dann 0,0001, resp. 0,001 altes Tuberculin eingespritzt und gut vertragen. Durch allmähliche Steigerungen gelingt es, die Kranken bis 1,0 g alten Tuberculins zu bringen, womit dann die Cur beendet ist, indem die Bacillen und der Husten ge-

Digitized by Google

schwunden, wie auch meistenteils der Auswurf und das Gewicht normal geworden sind und die physikalischen Erscheinungen sich möglichst ausgeglichen haben. Dabei ist die alte Arbeitsfreudigkeit wieder eingekehrt. Aber diesen Erfolg kann man nur erreichen ohne Gefahr für den Patienten, wenn man den zweiten Grundsatz der Methode befolgt, nämlich mit der Dosis nicht eher steigt, als bis die letzte Dosis ohne Reaction verlaufen ist.

Dr. Brunzlow berichtet über einen Fall von Tuberculose des Kniegelenks bei einem 14jährigen Knaben, welchen er erfolgreich mit dem neuen Koch'schen Tuberculin behandelt hat. Zunächst wurde mit $^1/_{500}$ mg T. R. begonnen, diese Dosis erwies sich aber als zu hoch, und so wurde von Neuem mit $^1/_{1000}$ mg begonnen und in $7^1/_2$ Monaten bis zu einer Dosis von 0,3 mg fortgeschritten. Während der Cur trat eine Zunahme des Körpergewichts um acht Pfund ein, das Gelenk wurde wieder beweglich, functionirte und die Spindelform war verschwunden; daneben waren Soolbäder, Stauungshyperämie, Massage und Bewegungsübungen des Gelenks angewandt worden. Darauf wurde eine Cur in einem Ostseebade zur weiteren Kräftigung angeschlossen, darauf eine zweite Tuberculincur gemacht und dann im Laufe der nächsten beiden Jahre noch zwei weitere Curen. Auch Soolbäder etc. wurden daneben angewandt. Das Endergebniss war sowohl hinsichtlich des Allgemeinbefindens, wie auch in Bezug auf das erkrankte Knie ein sehr erfreuliches, das letztere wurde quoad functionem völlig wiederhergestellt.

Dr. Schieck hat alle in der Litteratur bekannten Fälle von Iristuberculose mit Tuberculineinspritzung, operativer oder sonstiger Behandlung zusammengestellt und vergleicht damit die Erfolge bei fünf in der Halle'schen Universitäts-Augenklinik mit Tuberculin behandelten, an Iristuberculose leidenden Kranken und die Erfolge der Tuberculineinspritzung bei Kaninchen, deren Augen er vorher tuberculös gemacht hatte. Die Schlüsse, zu denen Schieck nach vielen mühsamen Versuchen gelangt ist, ermuntern nicht zur allgemeinen Anwendung des Tuberculins, können höchstens zur erneuten objectiven Prüfung anregen.

Der gegenwärtige Stand der Hetol-(Zimmtsäure)behandlung der Tuberculose kennzeichnet Prof. Landerer (Stuttgart) durch folgende Sätze: Die Hetolbehandlung, die in der intravenösen oder intraglutaealen Injection von zimmtsauren Natrium-Lösungen besteht, ist im stande, uncomplicirte Tuberculosen jeder Art ohne Fieber und ohne grössere Zerstörungen bei noch einigermassen erhaltenem Kräftezustand mit grosser Sicherheit zur Heilung zu bringen. Auch bei vorgeschrittenen Processen vermag sie noch in einem Teil der Fälle erheblichen Nutzen zu bringen. Die Hetolbehandlung muss innerhalb der Grenzen, die Verfasser ihrer Verwendung in der Praxis gezogen hat, und bei sachverständiger Anwendung als völlig unschädlich angesehen werden. Sie setzt, da die theoretischen Grundlagen neu sind, ebenso wie die Technik, ein gewisses Studium voraus. Ungenügende Erfolge beruhen auf ungenügender Vertrautheit mit der Methode. Da die Tuberculose mit den heutigen Hilfsmitteln in fast allen Fällen früh erkannt werden kann, ist der — unschädlichen — Hetolbehandlung ein weites Feld für die Bekämpfung der Tuberkulose einzuräumen. Für den practischen Arzt kommt die Hetolbehandlung insofern ernstlich in Betracht, als er uncomplicirte fieberlose Tuberkulosen in ambulatorische Behandlung nehmen und die aus Sanatorien zu früh Entlassenen unter Verständigung mit den Anstaltsärzten weiter behandeln kann. Nicht dringend genug kann davor gewarnt werden, dass der practische Arzt Fälle mit Fieber, Zerstörungen, Neigung zu Blutungen oder mit sehr reducirtem Allgemeinbefinden in Behandlung nimmt. Solche Fälle gehören unbedingt in die Sanatorien; in der täglichen Praxis behandelt, bringen sie für Arzt und Patienten nur schmerzliche Enttäuschungen. Die Mitwirkung der practischen Aerzte an der Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit kann durch Verallgemeinerung der Hetolbehandlung weitere und nachhaltigere Wirkung üben, als alle bisher zu diesem Zwecke

Digitized by Google

getroffenen grossartigen sanitären Maassregeln.

Aus der Heilanstalt Alland veröffentlicht Dr. Pollak einen Bericht über 64 mit Hetol behandelte Lungentuberculöse, von denen neun Kehlkopf-, fünf Darmtuberculose hatten. Die letzteren waren alle hochfieberhaft, gleichzeitig bestanden schwere Lungenveränderungen, an eine Heilung war also nicht zu denken. Trotzdem besserten sich die subjectiven Beschwerden zum Teil ganz erheblich, auch das Fieber wurde günstig beeinflusst. Von den Kehlkopfphthisen wurden zwei geheilt, drei zum Teil wesentlich gebessert. Bei den reinen Lungentuberculosen erreichte Pollak 87,5 % gute Resultate. Er steht nicht an, die Zimmtsäure als brauchbaren Behelf in der Phthiseotherapie zu betrachten.

Auch Dr. Guttmann berichtet aus der Poliklinik von Prof. Krause in Berlin über 33 Patienten die mit Zimmtsäure behandelt wurden und bei denen er in 33 1/3 % teils Heilungen, teils Besserungen sah.

Dr. Hödlmoser (Wien) hat 18 Fälle mit intravenösen Zimmtsäureinjectionen behandelt, von denen 16 uncomplicirte Lungentuberculose, ein Fall Knochentuberculose und einer Tuberculosis peritonei betraf. Die Dauer der Behandlung betrug zwischen einem und sechs Monaten. Entschiedene Besserung konnte in drei Fällen (= 16,6 %) erzielt werden, zu denen insbesondere eine fieberfreie Phthise mit Cavernenbildung gehörte. In einer grösseren Reihe von Fällen trat eine Besserung der subjectiven Symptome, ferner Gewichtszunahme und Hebung des Appetites ein. Die Behandlung geschah genau nach Landerer's Vorschrift mit 1 mg Hetol beginnend und jeden zweiten Tag um 1 mg steigend bis zur höchsten Dosis von 30 mg. Locale Reaction an den Injectionsstellen trat nie auf. Bei Neigung zu Blutungen ist Vorsicht geboten und bei Eintritt von Fiebersteigerung mit den Injectionen eine Zeit lang auszusetzen. Die Resultate bei seinen eigenen Fällen und die Berichte anderer Autoren veranlassen Verfasser zur Ansicht, dass eine Fortsetzung der Versuche mit Zimmtsäure-Injectionen angezeigt sei.

Die Erfahrungen, die Dr. Gidionsen in der Heilanstalt Falkenstein im Taunus mit den Hetolinjectionen gemacht hat, sind wenig günstige gewesen, wie aus folgenden Schlusssätzen des Autors erhellt: 1. Die intravenöse Hetolbehandlung weist Erfolge im objectiven Lungenbefunde auf, welche diejenigen durch die gewöhnliche Freiluftbehandlung erzielten in keiner deutlich erkennbaren Weise übertreffen. 2. Die Hetolbehandlung führt aber auch zu offenbaren Verschlechterungen im objectiven Befunde und im Allgemeinbefinden teils mit teils ohne gleichzeitige Lungenblutungen. 3. Das Fieber bleibt durch die Zimmtsäureinjectionen so gut wie unbeeinflusst, während bei vorsichtiger Dosirung consecutive Temperatursteigerungen zu vermeiden sind. 4. Das Allgemeinbefinden erfährt gegenüber den nicht mit Hetol Behandelten keine in die Augen springende Besserung. 5. Das Körpergewicht geht während der Hetolinjectionen in auffälliger Weise zurück. 6. Störungen im Allgemeinbefinden infolge der Injectionen sind geringfügiger Natur (Mattigkeit, Schlaflosigkeit). 7. Die Injection haben an Ort und Stelle keine schädliche Reaction zur Folge. 8. Die tuberculösen Kehlkopferkrankungen bleiben völlig unbeeinflusst.

Im Vereine für innere Medicin zu Berlin demonstrirte Prof. Wolff Präparate von tuberculösen Tieren nach Hetol- und Igazolbehandlungen. Dieselben lehren ebenso wie die polikliniche Behandlung, dass weder das Landerer'sche noch das Cervello'sche Präparat in irgend einer Form der Anwendung wirksam sind. Dabei wurden zuweilen enorme Dosen verabfolgt; das Hetol erzeugte niemals unangenehme Wirkungen; doch scheinen die mit Igazolinhalationen behandelten Tiere Pneumonia catarrhalis, selbst Pneumonia diffusa acquirirt zu haben.

Prof. v. Leyden: Diese Feststellungen sind wertvoll, damit die Lungenheilstättentherapie nicht durch diese Mittel in Verwirrung gebracht werden.

Prof. A. Fraenkel sah ebenfalls nie Erfolge von der Zimmtsäurebehandlung.

Prof. Fürbringer verfügt über ähn-

Digitized by Google

liche Erfahrungen; er sah zweimal Fieber nach den Hetolinjectionen eintreten. Dasselbe ist möglicherweise durch die Einverleibung von Wasser in die Blutbahn bedingt worden.

Dr. Halle sah in der Krause-Friedländer'schen Poliklinik an den Ulcerationen und Infiltrationen der Kehlkopfphthisiker nach den Hetolinjectionen fast niemals Besserung.

Igazol, eine Formalinverbindung mit Terpin und einem Jodkörper ist, wie Dr. Beerwald mitteilt, von Cervello zusammengestellt und zur Behandlung der Tuberculose empfohlen worden. Die Substanz wird in einem besonderen Apparate zum Verdampfen gebracht; die Dämpfe füllen sehr bald den Raum, in welchem der Patient sich aufhält. Beim Betreten eines mit Igazoldämpfen gefüllten Raumes verspürt man für kurze Zeit Reizung der Conjunctiva und des Kehlkopfes; jedoch geht dieselbe bald vorüber. Nach Beerwald ist Igazol nicht, wie Cervello behauptete, ein Specificum gegen Tuberculose; längere Behandlung liess eine Abnahme der Tuberkelbacillen nicht constatiren. Dagegen konnte Beerwald bei jeder Form der Bronchitis constatiren: 1. eine Verringerung der Secretionsmenge und Veränderung des Sputums aus einer eitrigen in eine weisslichschleimige Beschaffenheit bis zum völligen Verschwinden des Auswurfes unter gleichzeitiger Aenderung des objectiven Lungenbefundes. 2. Hebung des Appetites. 3. Vertiefung des Schlafes. Von Hoffner's Patienten weigerten sich sechs nach 14tägiger Behandlung, die Inhalationen fortzusetzen. Trotz Beobachtung der Vorsichtsmaassregeln traten Brennen in den Augen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Brechreiz auf; vier Patienten setzten die Inhalationen vier Wochen lang fort ohne jeden Erfolg.

Nach Dr. Preisach's (Budapest) Erfahrungen ist das Igazol als ein hustenverminderndes, schleimlösendes und die Expectoration erleichterndes Mittel zu betrachten, welchem gleichzeitig eine den Appetit anregende und den Schlaf verbessernde Wirkung zukommt.

Zur Behandlung der Lungenschwindsucht urgirt Dr. Weber ein neues Verfahren, welches den Zweck hat, im Organismus Kohlensäure zu erzeugen. Denn zwischen Kohlensäure und Tuberculose besteht nach Autor ein Antagonismus. Wo viele Kohlensäure gebildet wird, entsteht kein tuberculöser Process. Wo der Schwindsuchtsbacillus gedeiht, ist Mangel an Kohlensäure vorhanden. Der zu verwendende Arzneikörper darf keine fertige Kohlensäure enthalten, muss vielmehr erst durch weitere Oxydation in Kohlensäure übergeführt werden, ein Kraftmagazin für Kohlensäurebildung sein. Solche Stoffe sind Kohlehydrate und Fette. Sie müssen aber ohne Widerwillen und Beeinträchtigung der Verdauung genommen werden können. Allen Anforderungen genügt die Lävulose, welche von allen Zuckerarten am vollständigsten im Körper verbrannt wird. Bei grösserer Ausdehnung des pathologischen Herdes genügt die durch Lävulose und die Nahrungsmittel gelieferte Kohlensäure nicht, um dem Fortschreiten des Processes Einhalt zu thun. Eine Steigerung der Kohlensäurezufuhr erreicht Verfasser durch subcutane Einführung von Paraffinum liquidum (Antiphthisicum Aug. Katzbach-Trier). Es macht weder Schmerzen noch erzeugt es Abscesse. Je nach der Schwere des Falles injicirt Verfasser täglich ein- bis zweimal 10 g in das Unterhautfettgewebe des Rückens. Mit diesem combinirten Verfahren: Lävulose innerlich, Antiphthisicum subcutan hat Verfasser weit vorgeschrittene Fälle zum Stillstand gebracht. Von 52 Patienten sind 32 geheilt, 14 gebessert, 6 gestorben. Dabei muss besonders in Betracht gezogen werden, dass die Kranken nicht in den Anfangsstadien sich befanden.

Dr. Löwensohn (Wercholensk) macht auf die günstigen Erfahrungen aufmerksam, die mit der Kumystherapie bei der Lungentuberculose erzielt werden. Ob die Kumysbehandlung bloss durch reichliche Ernährung des Kranken ersetzt werden kann, dürfte nach Autor dahingestellt bleiben. Es scheint, als ob die Zusammensetzung des Kumys und das Verhältniss seiner Nährstoffe zu einander von besonderem Werte sind, dass hierbei aber noch andere, zum Teil noch wenig bekannte therapeutische Momente hinzu-

Digitized by Google

kommen, die in den Gegenden, wo der Kumys leicht zu erhalten ist, diesen zu einem hervorragenden Kräftigungsmittel für heruntergekommene Kranke und zu einem der besten Heilmittel der Lungentuberculose gemacht haben.

Dr. Garnault heilte mehrere Fälle von Lungenschwindsucht, die bereits mit Kehlkopfcatarrh, ohne Geschwürsbildung, complicirt waren, durch tägliche Gaben von 600 g rohen Fleisches und von Fleischsaft aus 1 kg rohem Fleische. Den Kehlkopf behandelte er speciell noch mit intratrachealen Injectionen von 6 ccm folgender Emulsion:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Ol. olivar. | 100,0 |
| | Menthol | 3,0 |
| | Cocaïn. hydrochl. | 0,5 |
| | Orthoform | 2,5. |

Einen Beitrag zur hydriatischen Behandlung der beginnenden Tuberculose im Hause liefert Dr. Meffert (Berlin). Die Methode besteht in der unmittelbar aufeinander folgenden Anwendung der Trockenpackung, kühlen Waschung und des Regenbades. Zur Vornahme der Procedur wird zuerst auf dem Bette eine grosse Wolldecke ausgebreitet, die so beschaffen sein muss, dass man in dieselbe den Patienten bequem vollständig einwickeln kann (im Durchschnitt beim Erwachsenen 2,25 m × 1,75 m). Auf diese grosse Decke kommt nach dem Kopfende zu, in die Gegend, welche den Rumpf einhüllen soll, ein zweites kleineres, wollenes Laken zu liegen. Dasselbe misst in der Breite 1,50 m, in der Länge, vom Kinn bis zur Leistengegend reichend, etwa 1,25 m. Unterhalb dieses zweiten Wolltuches, nach dem Fussende der grossen Wolldecke hin, legt man ein drittes, kleines wollenes Laken, das dem zweiten in Grösse und Lage entspricht, reichend von der Leistengegend bis zur Fusssohle. Ueber diese in solcher Weise zugerichteten Wolldecken wird nun ein trockenes Betttuch ausgebreitet und darüber der Patient gelagert. Nach Art der gewöhnlichen Ganzpackung wird der Kranke zunächst in das Bettlaken eingeschlagen; darüber werden, abweichend vom üblichen Verfahren der Ganzpackung, die Beine für sich in das dritte wollene Laken, der Rumpf gesondert in das zweite wollene Laken verpackt. Zuletzt wird die grosse Wolldecke, in gebräuchlicher Weise die ganze Packung abschliessend, angelegt. In dieser sogenannten Trockenpackung bleibt Patient bis zur Durchwärmung liegen. Zweckmässig kann diese Einpackung noch durch Wärmekruken, besonders an den Füssen, unterstützt werden. Dann wird die grosse Wolldecke wieder aufgeschlagen, desgleichen das zweite wollene Laken und das Betttuch, so weit es den Rumpf einhüllt. Der Patient setzt sich aufrecht im Bette und wird nun mittels Schwämmen, die reichlich Wasser enthalten, wenn möglich von zwei (resp. einem) Angehörigen abgewaschen, wobei dann der eine, zur Rechten des Kranken stehend, den rechten Arm und die Brust-Bauchgegend, der andere, zur Linken stehend, den linken Arm und die Rücken-Lendengegend schnell und bequem bestreicht. Die ganze Waschung ist in längstens einer halben Minute beendigt. Darauf legt sich der Patient unabgetrocknet wieder zurück und wird nun in gleicher Weise wie vorhin bei der Trockenpackung zuerst in das zurückgeschlagene Betttuch, dann in das zweite wollene Laken eingewickelt. Nun wird das dritte wollene Laken und das Betttuch, soweit es die Beine einhüllt, gelöst, die Beine etwas angezogen und wie eben die Arme, nun das rechte und das linke Bein in wenigen Augenblicken abgewaschen, dann ebenso schnell wieder unabgetrocknet eingepackt und nun mit der grossen Wolldecke in üblicher Form die Packung beschlossen. In dieser letzt geschilderten zweiten Packung verbleibt der Patient solange, bis er sich wieder warm und vollkommen trocken fühlt. Dann entledigt man den Patienten der deckenden Packung. Er erhebt sich und steigt in einen neben dem Bette stehenden Bottich, der einige Centimeter hoch lauwarmes Wasser enthält. Mit bereit gehaltener Giesskanne, die mit dem Brauseansatz versehen ist, wird nunmehr der ganze Körper, zuerst hinten, dann auf der einen Seite und vorn, schliesslich noch auf der andern Seite in Kürze beregnet. Man führt zu diesem Zwecke die Giesskanne hinten von den Füssen



Digitized by Google

aufwärts steigend bis zum Halse, dann auf der linken Seite wieder abwärts gehend zu den Füssen zurück, in gleicher Art vorn aufsteigenn und auf der rechten Seite von oben nach unten gehend. Der ganze Regen dauert kaum 30 Secunden. Nun erfolgt sofortige Abtrocknung und der Patient kann sich wieder ankleiden. Die günstigen Wirkungen dieser Art der Wasseranwendung, die Morgens und Nachmittags vorzunehmen ist, äussern sich in langsam aber stetig steigendem Maasse bei dem Kranken. Die Mattigkeit lässt bald nach, das Hüsteln wird seltener, der Schlaf besser, der Appetit gesteigert und bald macht sich die Besserung im allgemeinen Befinden bemerkbar. Nicht nur die Tuberculose, sondern auch die Chlorose eignet sich sehr gut für die beschriebene Behandlung.

Bezüglich der Fieberbehandlung der Tuberculösen äussert sich Dr. Volland (Davos-Dorf) folgendermassen. Der Fiebernde muss so lange zu Bett liegen, bis die Temperatur auch Nachmittags in der Achselhöhle nicht höher geht als 36,7—36,8° C. Ist das Fieber hoch oder continuirlich, oder ist es mit einfacher Bettruhe nicht zu beseitigen, so muss absolut ruhige Lage eingehalten werden, geradeso als litte der Kranke an einem Oberschenkelbruch oder an einer Peritonitis. Fiebermittel werden dabei nicht gegeben, sie verursachen nur Schweisse und schwächen dadurch, ihre Wirkung ist aber bekanntlich nur sehr vorübergehend. Etwa bestehender Hustenreiz wird mit Morphin, Codeïn oder auch wohl Heroïn bekämpft. Nahrung wird nicht aufgezwungen, aber es wird den Essgelüsten des Kranken soweit möglich nachgegeben, nur muss man dabei den etwa bestehenden atonischen Magencatarrh nicht unberücksichtigt lassen. Er wird am raschesten beseitigt und vermieden durch die Darreichung einer wenig voluminösen, aber nahrhaften, abwechslungsreichen und leicht verdaulichen Kost. Die sogenannten kräftigen Krankensuppen bleiben weg, überhaupt darf beim Essen nur so wenig wie möglich Flüssigkeit genossen werden. Der Durst wird zwischen den Mahlzeiten vorsichtig mit etwas Milchkaffee oder frischem Wasser gestillt. Mehr als dreimal täglich wird nicht Nahrung gereicht. Erst wenn richtiger Reconvalescentenhunger kommt, muss auch in den Zwischenzeiten etwas genommen werden, immer aber nur so viel, dass der Appetit für die folgende Mahlzeit gut vorhanden ist.

Dr. Köhler (Elberfeld) führt aus, dass in der Phthiseotherapie bei der Bekämpfung des Fiebers der Tuberculösen die medicamentöse Antipyrese nicht zu entbehren sei, da die hydrotherapeutischen Maassnahmen in dieser Beziehung nur zu oft versagen. Die medicamentöse Fieberbehandlung unterstützt unzweifelhaft wirksam die physikalisch-diätetische Therapie der Lungentuberculose, indem ungeschmälerter Freiluftgenuss mit gleichzeitiger Herzanregung, ferner psychische Anregung und subjectives Wohlbefinden sowie gesteigerte Nahrungsaufnahme durch Ausschaltung des Fiebers erreicht wird. Beiläufig bemerkt Verfasser, dass er unter den Fiebermitteln das Pyramidon in erster Linie anwendet.

Nach Prof. Stadelmann (Berlin) wird das hektische Fieber der Phthisiker nicht durch Organismen, die im Blute kreisen, sondern durch Toxine hervorgerufen, welche von den Bakterien abstammen und ins Blut treten. Ein Zusammenhang zwischen Bakteriämie und Diazoreaction besteht nicht. Die Diazoreaction hat nach Autor keinen diagnostischen Wert; auch in prognostischer Beziehung ist sie nur mit gewisser Reserve zu benutzen. Die von Teichmüller im Sputum beobachteten eosinophilen Zellen haben keine bisher nachweisbare Bedeutung für die Prognose. Guajacamphol, der Camphersäureester des Guajacols, vertreibt oft nach einmaliger Dosis von 0,2 die phthisischen Schweisse völlig; zuweilen muss man bis zu 0,4, auch 1,0 steigen; es kann häufig angewendet werden, weil ihm jede Nebenwirkung fehlt. Es wirkt durch die im Darm erst frei werdende Camphersäure. In 56 Fällen war der Erfolg nur viermal negativ. Pyramidon bewährte sich als Fiebermittel bei 40 Kranken; es setzt die Temperatur auf die Norm ohne Nebenwirkung (ausser zuweilen sehr belästigenden Schweissen) herab. Die Anfangsdosis ist 0,4—0,5 pro

Digitized by Google

die, in zwei Teilen zu geben; das Mittel kann aber eventuell bis zu 1,0—1,5 pro die gegeben werden. Versagte es, so halfen alle anderen Mittel nicht. Es wirkt auch schmerzstillend. Das salicylsaure Pyramidon, das ebenso stark wirkt, bekämpft die Schmerzen in noch erheblicherer Weise.

Dr. Lublinski (Berlin) hat das camphersaure Pyramidon in Gaben von 1—2—3 g pro die vorläufig allerdings nur bei einer kleinen Zahl von Kranken zu verordnen Gelegenheit gehabt; es scheint noch wirksamer als Pyramidon zu sein und durch die Camphersäure auch den Schweissausbruch zu verhüten.

Dr. Meyer (Badenweiler) hat eine günstige Wirkung auf die Temperatur der Phthisiker von dem Gebrauche des Guajacolcarbonats (Duotal) gesehen. Er gebe es in Pillenform und in kleineren Dosen:

Rp. Duotali 6
Extr. Gentian. qu. s.
u. f. Pil. No. 60
S. Dreimal täglich 2, später 3 Pillen.

Ob das Medicament die Temperatur direct durch Beeinflussung des Krankheitsprocesses herabsetzt oder indirect durch Anregung des Appetits die Nahrungsaufnahme begünstigt und so die Kräfte hebt, vermag er nicht zu sagen. Jedenfalls ist ihm wiederholt von den Kranken berichtet worden, dass ihre Esslust nach dem Gebrauche dieses Präparates sich ganz wesentlich gebessert habe.

Auf Grund 50 beobachteter Lungenphthise, die Dr. Mostkóff mit Ammonium sulfoichthyolicum behandelt hat, empfiehlt er das Mittel, bei dessen Gebrauch das subjective und objective Befinden sich besserte. Störende Nebenerscheinungen, wie Uebelkeit, Erbrechen, Störungen des Magens- und Darmcanals hat Verfasser in keinem Falle gesehen. Verfasser findet folgende Verordnungsweise für die beste:

Rp. Ichthyol
Aqua dest. āā
S. Dreimal täglich 5 bis 20 Tropfen zu nehmen.

Statt des Ichthyols empfiehlt Dr. Goldmann (Wien) Ichthyol-Creosotal, das er folgendermassen verschreibt:

Rp. Creosot carbon. 15,0
Solve in spir. vin. rect. qu. s.
Ichthyol ammon. 10,0
Aquae menth. pip. 180,0.
S. 3 Kaffeelöffel voll täglich in süssem schwarzen Kaffee zu nehmen.

Gegen Nachtschweisse von Lungenphthisikern verwendet Dr. Strassburger (Bonn) das Tannoformstreupulver. Sein Verfahren besteht darin, dass mit einem Wattebausch diejenigen Stellen des Körpers, welche zum Schwitzen neigen, mit dem Mittel (ein Teil Tannoform: zwei Teile Talc. venet) eingepudert werden. Nachdem Autor seit einem halben Jahre die einfache Methode an dem Krankenmateriale von Prof. Schultze's Klinik erprobte, glaubte er die Behauptung aufstellen zu dürfen, dass das Mittel den Formalinpinselungen an Wirksamkeit nicht nachsteht. Es zeichnet sich aber vor diesem vorteilhaft dadurch aus, dass seine Anwendungsweise eine viel einfachere ist. Das Präparat darf ausserdem im Gegensatz zum Formalin vermöge seiner Ungiftigkeit den Kranken ruhig anvertraut werden.

Dr. Yeo führt aus, dass die Peritonitis tuberculosa nicht gar so selten primär auftreten kann. Als häufigste Ursache sieht Verfasser das Durchwandern von Tuberkelbacillen durch den Darm an, in welchen sie durch Aufnahme infectiöser Speisen, vor Allem von Milch, gelangen. Verfassers Behandlung besteht in der Regelung aller Diät und der Beseitigung etwa vorhandener Durchfälle. Ist dies erreicht, so gibt er innerlich Pillen von Jodoform und Creosot und lässt den Bauch mit Jodoformsalbe und Leberthran einreiben. Die Behandlung muss monatelang fortgesetzt werden und ist besonders in frischen Fällen mit reichlichem Ascites (also in denselben Fällen, in denen auch die chirurgische Behandlung den grössten Erfolg hat) fast stets von grösstem Nutzen.

Dr. Rose hat das reiche Material von Bauchfelltuberculose der Strassburger medicinischen Klinik von Prof. Naunyn nach Verlauf und Heilbarkeit der Fälle kritisch geschichtet. Er bearbeitete im Ganzen 71 Fälle von Bauchfelltuberculose Erwachsener, von denen



Digitized by Google

60 auch auf ihren späteren Verlauf hin controllirt werden konnten. Von den nicht operirten Fällen sind rund zwei Drittel gestorben, ein Drittel geheilt. Von den 17 als geheilt bezeichneten Fällen sind allerdings vier mit einer verhältnissmässig kurzen Heilungsdauer von nur 1 bis 2 Jahren die übrigen 13 Fälle weisen eine Heilungsdauer von über zwei Jahren, acht davon von 5—10 Jahren auf. Also ein recht erfreulicher Erfolg conservativer Behandlung, wenn man bedenkt, dass König mit der Laparatomie nur etwa ein ‚Viertel aller seiner Fälle zu heilen vermochte. Die Prognose war in den Strassburger Fällen um so günstiger, je acuter der Beginn der tuberculösen Peritonitis war, und Rose glaubt in seiner Beobachtungsreihe sogar als Regel zu erkennen, dass die tuberculöse Peritonitis, wenn sie nicht innerhalb von 1½—2 Jahren heilt, gewöhnlich überhaupt nicht mehr heilt. Was die Therapie der Erkrankung anbelangt, so genügen zuweilen allein schon Ruhe und Schonung um die Heilung anzubahnen: zusammen mit guter Luft und guter Ernährung stellen sie das beste Heilmittel der Bauchfelltuberculose dar. Die Punction des Ascites bringt meist nur vorübergehende Erleichterung, und auch die Diuretica (Calomel, Theobromin) sind keineswegs zuverlässig, wie das auch von Creosot- und Zimmtsäurepräparaten sowie allerhand örtlichen Applicationen (Jod, Kataplasmen, graue Salbe, Schmierseife) und der Tuberculinbehandlung gilt. Dagegen legt Naunyn grossen Wert auf die Soolbäder, die dreimal in der Woche im Krankenhause oder in der Heimat, oder bei besser Situirten in Soolbadcurorten zu nehmen sind. Verläuft der Fall bei dieser conservativen Behandlung günstig, schwindet das Fieber, bessert sich Appetit und Kräftezustand, so liegt demnach auch keine Indication zur Operation vor. Besteht aber Verdacht auf womöglich gut abgekapseltes, eitriges Exsudat, so soll man mit der Operation nicht lange zögern, um wenigstens dabei die Chancen eines guten Kräftezustandes ausnützen zu können.

Die Bevorzugung des Kindesalters findet nach Dr. Oehler in der Litteratur der Bauchfelltuberculose wenig Erwähnung. Im Allgemeinen wird man nach Autor an der Diagnose nicht zweifeln, wo Abmagerung und fahles Aussehen, leichte Fieberbewegungen mit zeitweisen Durchfällen bei aufgetriebenem Leib bestehen, in dem freie Flüssigkeit nachweisbar ist, zumal wenn dabei flache oder knotige Tumoren im Bauchraume zu fühlen sind. In leichten Fällen ist es oft nötig, rasch vorübergehende Flüssigkeitsansammlungen, wie sie bei Kindern aus gelegentlichen Ursachen (Darmstörungen, Hernien) vorkommen, auszuschliessen. Bei Flüssigkeitsansammlungen gelingt oft eine Aufhellung des Percussionsschalles durch Wegdrücken des Exsudates bei aufrechtem Stehen des Kindes. Ein weiteres Symptom ist die Vallin'sche Inflammation periomphalique (erbsen- bis nussgrosse Knoten und Infiltrate am Nabel, Entfaltung, Rötung und Schwellung desselben, öfters vom Nabel ausgehende entzündete Lymphgefässstränge). Bei schweren Fällen kommt es am Nabel zu Spontanperforationen und Darmfisteln. Bei Knaben kommt es öfters bei offen gebliebenem Processus vaginalis peritonei zur chronischen tuberculösen Entzündung der Tunica vaginalis. Die bessere Prognose der Fälle mit Ascites gegenüber den tuberculösen Peritonitiden mag mit dem Rückgang des Exsudates bei schwerem Fieber und allgemeiner Verringerung der Körpersäfte zusammenhängen. So ist auch intra vitam ein Patient mit tuberculösem Peritoneum ohne Exsudat meist kachektischer. Hingegen bedeutet die trockene knotige Peritonealtuberculose keine Kachexie, sondern Anlauf zur Heilung. Unter 19,000 Patienten fanden sich 912 mit tuberculösen Affectionen verschiedener Localisation, darunter 44 mit Peritonitis tuberculosa, von denen bei 39 Verlauf und Endresultat ermittelt werden konnten. 18 sind gestorben, 21 leben und sind gesund (also 51%). Verfasser bringt die Fälle von zweifelloser Spontanheilung und fasst die Endergebnisse folgendermassen zusammen: 1. Die Peritonitis tuberculosa ist vorwiegend eine Erkrankung des Kindesalters. 2. In der Hälfte der Fälle ist der Ausgang Tod, meist an Meningitis, sonst an Abzehrung und Erschöpfung. Verlaufs-

Digitized by Google

dauer 1½—2 Jahre. 3. Auch ohne Operation geht in einer beträchtlichen Anzahl der Fälle, besonders bei Kindern, die zweifellos constatirte Peritonealtuberculose spontan in Heilung aus. Verlaufsdauer 1—2 Jahre.

Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa liefert Dr Lauper. Nach Autor besitzt das weibliche Geschlecht eine ausgesprochene Vorliebe für die Peritonitis tuberculosa, ein Umstand, der sich durch das Verhalten der inneren weiblichen Genitalien sehr leicht erklären lässt. Die Heridität spielt bei der Erkrankung eine weit bedeutendere Rolle, als ihr gewöhnlich zugeschrieben zu werden pflegt. Die Peritonitis tuberculosa ist keine indolente Erkrankung, denn über 80% der von Lauper beschriebenen Kranken gaben heftige spontaneSchmerzen im Stadium der acuten Verschlimmerung an. Das Fieber ist zur Stellung der Prognose nicht in dem Grade maassgebend, wie es gewöhnlich angenommen wird; es soll nie eine Conraindication gegen einen operativen Eingriff bilden. Die Peritonitis tuberculosa ist einer spontanen Heilung in gewissem Grade fähig. Den weitaus günstigsten Verlauf zeigen aber die operativ Behandelten, besonders diejenigen, bei denen der primäre Herd, wie z. B. eine erkrankte Tube, entfernt werden konnte. Die Laparotomie, die stets die Entfernung eines primären Herdes im Auge behalten muss und die, in richtiger Beschränkung ausgeführt, völlig ungefährlich ist, ist nicht nur für die serösen exsudativen Formen angezeigt, sondern auch bei den adhäsiven Formen, bei denen oft durch Lösen von Verwachsungen die bestehenden Ileussymptome gehoben werden. Die operative Behandlung zeigt ihre segensreiche Wirkung namentlich dann, wenn neben ihr die Besserung der hygienischen Verhältnisse, Bettruhe, Regelung der Diät und endlich die bei anderen tuberculösen Erkrankungen bewährten Medicationen genügende Berücksichtigung finden.

Dr. Baumgart berichtet über die Erfolge, welche in der Giessener Universitätsfrauenklinik bei der Behandlung der Bauchfelltuberculose mittels Eröffnung der Bauchhöhle in dem Zeitraum Januar 1895 bis Juli 1900 erzielt wurden. Die Statistik erstreckt sich auf 36 Fälle. Nicht nur der tuberculose Ascites wurde in dieser Weise behandelt, sondern auch die trockene Form der tuberculösen Peritonitis, und die Eröffnung der Bauchhöhle geschah nicht nur vom Abdomen aus, sondern auch von der Vagina, speciell als Colpocoeliotomia posterior. Von den 24 bis zum Jahre 1898 operirten Fällen wurde reine Heilung und völlige Arbeitsfähigkeit in 13 Fällen (54%) erzielt, darunter ein Fall von Peritonitis sicca. In zwei Fällen (8,5%) trat Besserung ein. Die übrigen neun Patientinnen sind gestorben, darunter eine direct nach der Operation am Ileus; die andern im Laufe der nächsten Jahre meist unter Fortschreiten des tuberculösen Processes (37,5% Todesfälle). Von den 11 Patientinnen, welche im Jahre 1898 und danach operirt wurden, sind bis jetzt völlig arbeitsfähig und gesund geblieben fünf, gebessert vier, gestorben zwei. Auf die Laparotomie entfallen 64,7% definitive Heilungen, 5,8% Besserungen, 29,4% Todesfälle; auf die Colpocöliotomie 57,1% Heilungen, 14,3% Besserungen, 28,5% Todesfälle. Es decken sich also die Resultate beider Operationsmethoden so ziemlich bezüglich der definitiven Heilung und der Todesfälle. Alles in allem geht aus dieser Statistik hervor, dass sowohl der tuberculöse Ascites, wie auch die trockene Form der Bauchfelltuberculose auf operativem Wege zu heilen sind.

Bezüglich der Behandlung der Gelenktuberculose gibt Dr. Hildebrand folgende Ratschläge. Solange das kranke Individuum wächst, passt in erster Reihe die conservative Behandlung mit Ruhe, Umhergehen mit ruhigstellenden Verbänden oder Injection von Jodoform (Hemmung der Bacillen, gesteigerte Gefässentwicklung und Anregung von Narbenbildung) und von Formalin (Aetzmittel in kranken Granulationen) in und um die Herde. Sie lässt im Stiche bei ostalen Processen mit Sequestern. Mehr allgemeine Wirkung wird der venösen Stauung nach Bier und den intravenösen Injectionen von zimmtsaurem Natron nach Landerer (Leukocyteninfiltration, Erweiterung der Capillaren, Entwicklung von

Digitized by Google

Bindegewebsfasern und Gefässen) zugeschrieben, ohne dass von ihnen stets sicherer Erfolg zu erwarten ist. Am besten combinirt man bei Kindern Ruhigstellen des Gelenkes mit Jodoformeinspritzung, unterbrochener Stauung und Hetolinjection. Bleibt der Erfolg bei synovialer Tuberculose aus, dann tritt die Kapselexstirpation (Arthrektomie) in ihre Rechte, ebenso ist bei primären Knochenherden mit Sequestern die locale Herdausräumung am Platze ohne oder mit Gelenkeröffnung und Kapselexstirpation. Dabei kann das Gelenk leidliche Function behalten. Bei starker Destruction bleibt nur die typische Resection übrig, die jedoch bei dem Kniegelenk nie in Betracht kommt, da sie das Wachstum bei Kindern zu stark stört. Das resecirte Gelenk bleibt meist steif. Der Opthopädie fällt die Aufgabe zu, allmählich die fehlerhafte Stellung zu corrigiren. Bei den Erwachsenen dagegen kommt mehr die Resection in Frage.

Bei der Behandlung der Coxalgie wendet Dr. Desfosses die permanente Extension nur in Ausnahmefällen an, z. B. bei drohender Abscedirung. Den Zweck, den man mit derselben erstrebt, nämlich die Beseitigung der Schmerzen, die Correction der fehlerhaften Stellung und die Sicherung einer für die Heilung günstigen Position des Beins, nämlich die Extension mit leichter Abduction und Rotation nach aussen; diesen Zweck erreicht man ebenso gut und in einfacherer Weise durch den grossen Gipsverband nach Brun, dessen Technik und Application der Verfasser ausführlich beschreibt: Nachdem man dem Kinde ein Klysma gegeben, es gebadet und chloroformirt hat, wird es so auf den Tisch gelegt, dass die Hüftgelenke über den Rand desselben hinausreichen, während ein Assistent das Becken auf der Tischplatte festhält. Dann bringt der Operateur, nachdem er zuvor das Gelenk durch starke, aber nicht gewaltsame Flexion, Abduction und Adduction beweglicher gemacht hat, das Bein in die richtige Position. In dieser muss der Fuss in einem rechten Winkel zum Unterschenkel stehen, das Bein vollkommen extendirt, ferner leicht abducirt und nach aussen rotirt sein. Nun ziehe man dem Kinde ein eng anschliessendes Unterkleid aus Tricotstoff an, lege es auf eine Lorenzsche Beckenstütze, wobei die Schultern mit einem Polster unterstützt werden, und lasse durch einen Assistenten die unteren Extremitäten in der vorher beschriebenen Stellung fixiren. Dann rollt man, unter den Brustwarzen beginnend, feuchte Gipsbinden zunächst in Cirkeltouren um den Rumpf, umwickelt dann die kranke Hüfte mit einer Spica, steigt so das Bein herab bis zum Knöchel und geht dann wieder zurück bis zu den Brustwarzen. Man lässt nun den Verband trocknen, während das Kind stets in der gleichen Stellung auf der Beckenstütze festgehalten wird, schneidet, bevor noch der Gips ganz erhärtet ist, eine Oeffnung für die Genitalien und den Anus aus und bringt schliesslich, wenn der Verband völlig hart geworden ist, den Patienten ins Bett. Sobald wie möglich muss der kleine Patient mit seinem Verbande gehen lernen und erhält zu diesem Zwecke Krücken und einen Schuh mit erhöhter Sohle für den Fuss der gesunden Extremität.

Bei Wirbelsäulencaries verwirft Dr. Owen durchaus jede gewaltsame Geraderichtung des Buckels. Alles kommt hier nach Autor auf die Prophylaxe an. Beim ersten Zeichen der Erkrankung gehört der Kranke ins Bett, wo er ohne Kopfkissen völlig flach ausgestreckt liegt; alle Corsette und Apparate zur ambulatorischen Behandlung sind nutzlos; bei gutem Wetter kommt der Patient ins Freie, gute Nahrung und Leberthran sind nötig. Aermere Patienten können nur in Krankenhäusern behandelt werden; bei wohlhabenderen bestehe man darauf, dass eine geschulte Pflegerin angestellt wird, die Sorge trägt, dass die Ruhelage eingehalten wird. Kleinere Kinder werden regelmässig mit Leberthran eingerieben. Bei dieser monatelang fortgesetzten Behandlung wird das Auftreten eines Buckels meist vermieden. Gewaltsames Strecken der Wirbelsäule ist nur in ganz seltenen Fällen von Compressionslähmung erlaubt und ersetzt die hier noch seltener indicirte Laminektomie.

Um zu erforschen, wie sich die Tuber-

Digitized by Google

culose im Urogenitalapparat ausbreitet, hat Prof. v. Baumgarten (Tübingen) Experimente an Kaninchen angestellt. Da die Ansicht vorherrscht, dass in der Mehrzahl der Fälle die Tuberculose descendire, so hat er Versuche gemacht, von der vorderen Harnröhre aus Tuberculose zu inficiren. Niemals aber konnte er eine solche der Samenleiter oder der Hoden constatiren, obwohl sich eine Tuberculose der ganzen Harnröhre, der Prostata und des Trigonums entwickelt hatte. Auch in den Ureteren war nie eine Spur von Tuberculose zu entdecken gewesen. Umgekehrt aber waren seine Versuche, vom Hoden aus Tuberculose der Samenstränge und der Prostata zu bewirken, stets von Erfolg gewesen. Niemals jedoch ist die Tuberculose auf das Vas deferens oder den Hoden der anderen Seite hinübergegangen. Auch einen Uebergang von der Harnröhre und der Harnblase auf die Nieren konnte er nicht erzielen. Aus diesen Beobachtungen nun hat er das Gesetz abgeleitet, dass die tuberculösen Infectionen niemals gegen den Strom stattfinden, sei er Lymph- oder Gefässstrom. Das ist auch plausibel, weil der Tuberkelbacillus keine Eigenbewegung hat und daher auf die Fortbewegung durch Secret- oder andere Strömungen angewiesen ist. Es kann allerdings die Hodentuberculose die einzige Tuberculose innerhalb des Urogenitalapparates sein. Bei vielfacher Tuberculose ist es häufig schwer, den primären Herd zu finden.

Zur Klärung der Frage, welche Behandlung der Hodentuberculose für den Erkrankten vorteilhafter ist, die operative oder die conservative, hat Professor v. Bruns (Tübingen) viele Untersuchungen über die Erfolge der verschiedenen Behandlungen angestellt und dazu das Material der Kliniken von 50 Jahren verwendet. An im Ganzen 105 Fällen sind 33 doppelseitige Castrationen gemacht worden. Aus diesen Beobachtungen hat er gesehen, dass der Nobenhoden immer zuerst erkrankt, dass bei einfacher Resection desselben fast immer ein Recidiv aufgetreten ist und dass die frühzeitige Castration doch als ein Schutz des anderen Hodens betrachtet werden muss. Die Endresultate der Operationen waren dass bei einseitiger Castration 46% bis zu 34 Jahren, bei doppelseitiger 56% bis zu 30 Jahren dauernd geheilt sind. Kein Beobachter hat dabei von Veränderungen der Psyche und anderen Ausfallserscheinungen Mitteilung gemacht. Von den doppelseitigen sind nicht viel mehr als von den einseitigen an Urogenitaltuberculose gestorben, dagegen 25% an Tuberculose anderer Organe. Von den an Urogenitaltuberculose Erkrankten sind fast alle gestorben. Da so die Statistik bei der Castration im Allgemeinen günstiger als bei der conservativen Behandlung ist, so ist das Verdammungsurteil über erstere nicht gerechtfertigt.

Dr. v. Büngner (Hanau) legt auf seine Methode der hohen Castration mit langsamem Vorziehen bis zum Abreissen des Samenstranges nachdrücklichst Gewicht. Vier Fünftel des Samenstranges kann man so entfernen, so dass oft auch da noch eine Heilung erreicht wird, wo sie sonst nicht möglich erscheint. Bei ergriffener Prostata und vollkommener Samenstrangtuberculose müsste man natürlich die Prostata und den ganzen Samenstrang auf sacralem oder anderem Wege exstirpiren; da aber dieser Eingriff gross und die so erkrankten Patienten gewöhnlich sehr heruntergekommen sind, hat er Versuche gemacht, ob man nicht allen tuberculösen Stellen mit Jodoform-Glycerin-Injectionen beikommen könnte, und hat gefunden, dass man vom Vas deferens aus, nach unten sowohl wie nach oben, Alles injiciren kann. Er hat erst einmal am Lebenden Gelegenheit gehabt, diese Methode anzuwenden, aber er glaubt, dass sie die Erkrankung günstig beeinflusst.

Dr. Mauclaire erörtert die von ihm versuchte Methode der Behandlung der Hoden-Nebenhoden-Tuberculose durch die Ligatur des Samenstranges. Ihre Technik ist ziemlich einfach. In Chloroformnarkose oder unter Cocaïnanästhesie legt man den Samenstrang möglichst nahe dem Orificium externum des Inguinalcanals frei, unterbindet ihn durch zwei etwa 2 cm von einander entfernte Ligaturen und durchschneidet ihn zwischen denselben. Die darauf folgende

Digitized by Google

Reaction kann nun sehr verschieden sein. Bald ist sie gleich Null, bald tritt eine sehr deutliche Schwellung ein, bald entstehen Hämatome, die vereitern können und dann dementsprechend durch Incision, Spülungen und Verbände behandelt werden müssen. Nach etwa einem Monat aber beginnt der Hoden mit der Epididymis zu atrophiren. Derselbe kann bis zu normaler Grösse abschwellen oder zu einem fibrösen, schmerzlosen Knoten reducirt werden. Auch das Zurückgehen vorhandener tuberculöser Läsionen der Prostata und der Samenbläschen ist vom Verfasser nach Unterbindung des Samenstranges beobachtet worden. Nach den unbefriedigenden Erfolgen, welche alle anderen Methoden, selbst die scheinbar so radicale Castration bei Hodentuberculose haben, glaubt der Autor das von ihm geübte Verfahren für aussichtsvoll halten zu dürfen. Ein Vorzug desselben ist es jedenfalls, dass im Hodensack ein Gebilde zurückbleibt, das dem Patienten selbst noch als Hoden imponirt. Ist es doch nicht selten, dass die Entfernung des Hodens manche Personen so stark deprimirt, dass sie Selbstmord begehen und sogar dem Operateur nach dem Leben trachten. Ferner scheidet die Operation den tuberculösen Herd vom übrigen Körper, isolirt ihn von der Prostata und schützt vielleicht auch den anderen Hoden vor der tuberculösen Infection.

Dr. Hammerschlag erprobte in 23 Fällen von harten tuberculösen Lymphomen eine Behandlungsart, die in Injectionen mit 10%igem Jodoformglycerin in 14tägigen Intervallen besteht. Jede andere antiscrophulöse Behandlung wurde während der sechs Jahre, innerhalb welcher Hammerschlag das Verfahren übte, ausgeschlossen. Bei 14 Fällen ist ein völliger Rückgang der Drüsen erzielt worden, bei vier ist die Entstellung so weit beseitigt worden, dass eine jede weitere Therapie überflüssig wurde, bei drei ist eine Besserung eingetreten, obgleich die Behandlung im ersten Beginn unterbrochen wurde, bei zwei ist kein Effect erzielt worden. Die Injection geschieht mit grosser Canüle (1,5 mm Lichtung) in den oberen Pol der Drüse, und zwar ist die Einspritzung nicht gegen das Centrum, sondern gegen die Drüsenkapsel zu richten. Die Injectionsmenge beträgt im Durchschnitt pro Drüse 1 ccm. Die dauernde Behandlung steht in keinem directen Verhältniss zur Grösse der Lymphdrüse. Es ist eine Eiterung oder irgend eine andere Schädlichkeit, die eine Berufsstörung erzeugt hätte, nie beobachtet worden. Mit Schleich'scher Anästhesie ist der kleine Eingriff fast schmerzlos. Im Monat Februar und März ist jede Behandlung zu unterlassen. Recidiven sind bloss bei drei Patienten einmal beobachtet worden. Die Behandlung derselben war dann eine kürzere, als bei der ersten Cur. Diese Methode erstrebt vor Allem einen kosmetischen Erfolg, ebenso wie im Grunde genommen die Exstirpation. Nur ist sie frei von den Nachteilen des chirurgischen Eingriffes, sie setzt keine Narben, sie entbehrt der Narkose.

In Italien erfreuen sich die Durante'schen Jodinjectionen bei tuberculösen Drüsentumoren, wie Dr. Ortolani mitteilt, einer besonderen methodischen Anwendung. Man injicirt in die Drüsensubstanz oder auch an anderen Körperstellen 1—2 g einer Lösung von:

| | |
|---|---|
| Glycerin. puriss. | 20,0 |
| Guajacol | 2,0 |
| Jodi puri | 0,2 |
| Jodkali | 0,4. |

Allmählich steigt man, indem man die Lösung verstärkt und zwar bis Jod. pur. 1,0 und Jodkali 2,0, während der Glycerin- und Guajacolgehalt der gleiche bleibt. Nur Eines ist bei dieser Cur vor allen Dingen nötig: das ist Beharrlichkeit in der Anwendung. Ortolani führt eine Reihe von Fällen an, in welchen über 100 Injectionen nötig waren.

Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose von Dr. Jacob und Dr. Pannwitz I. Bd. Leipzig, Verlag von G. Thieme. — Aetiologie und Prophylaxe der Lungentuberculose von Dr. Ruhemann. Jena. Verlag von G. Fischer. — Dr. Rudolph über Erblichkeit der Tuberculose in der medicinischen Gesellschaft zu Magdeburg (Münch. med. Wochenschrift Nr 13). — Prof. Martins über die Constitution bei Tuberculose auf der deutschen Naturforscherversammlung (Therapie d. Gegenw. 11. Heft). — Lungentuberculose und Heilstätten von Dr. Aufrecht (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 43). — Prof. Koch und Prof. Lister über den Kampf gegen die Tuberculose im Lichte der bei der erfolgreichen Bekämpfung

Digitized by Google

anderer Infectionskrankheiten gewonnenen Erfahrungen auf dem Britischen Tuberculose-Congresse zu London (Ther. Monatsh. 9. Heft). — Prof. Fadyean über die Tuberkelbacillen in der Kuhmilch als Infectionsquelle für die Tuberculose beim Menschen ebendaselbst (Ther. d. Gegenw. 9. Heft). — Prof. Brouardel über die Maassregeln der verschiedenen Culturstaaten zur Verhütung der Tuberculose ebendaselbst (Ebendaselbst). — Schlusssätze des Tuberculose-Congresses (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 39). — Ueber Menschen- und Rindertuberculose von Prof Virchow (Berl. klin. Wochenschr Nr. 31). — Perlsucht und Tuberculose von Prof. Hueppe (Berliner klin. Wochenschrift. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 36). — Zur Tuberculosefrage von Dr. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 10. Heft). — Prof. Heller über Tuberculoseinfection auf der deutschen Naturforscherversammlung (Ther. d. Gegenw. 11. Heft). — Milchgenuss und Tuberculosesterblichkeit von Prof. Biedert und Dr. E. Biedert (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 47). — Versuche über Abtötung von Tuberkelbacillen in Milch von Dr. Morgenroth (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 7. Heft). — Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in Butter und Margarine von Dr. Bonhoff (Ebendaselbst). — Jahresbericht von Dr. Pannwitz in der Versammlung des deutschen Central-Comités zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke (Aerztl. Praxis Nr 9). — Dr Rumpf über Auslese der Lungenkranken ebendaselbst (Ebendaselbst). — Prof. Fränkel über Asyle für schwerkranke Tuberculöse ebendaselbst (Ebendaselbst). — Prof. Heubner und Prof. Ewald über Bekämpfung der Tuberculose im Kindesalter ebendaselbst (Ebendaselbst). — L'Oeuvre d'Ormesson für tuberculöse Kinder von Dr. Bielefeldt (Zeitschr. f. Tub. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Die Lungenschwindsucht, ihre Verhütung, Behandlung und Heilung in gemeinverständlicher Weise dargestellt von Dr. Weismayr. Wien und Leipzig, W. Braumüller. — Zur Kritik der Erfolge der Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger von Dr Reiche (Zeitschr. f. Tub. 2. Bd. 5. Heft). — Dr Williams über den Einfluss des Klimas auf die Behandlung der Phthise auf dem Londoner Congresse (Ther. d. Gegenw. 9. Heft) — Sollen lungenkranke Aerzte Schiffsdienst nehmen? von Dr. Freund (Ther. Monatsh. 11. Heft). — Prof Heron, Prof. Koch, Prof. Fränkel, Dr. Williams, Dr. Anderson und Dr France über das Tuberculin auf dem Londoner Congresse (Med. Woche Nr. 32). — Ueber die Behandlung der Lungentuberculose mit Tuberculin von Dr. Götsch (Centralbl. f. d. ges. Ther. 9. Heft). — Ein Fall von Kniegelenkstuberculose und seine Behandlung mit Koch'schem Tuberculin neuer Art von Dr. Brunzlow (Deutsche med. Wochenschr. Nr 39). — Klinische und experimentelle Studien über die Wirkung des Tuberculins auf die Iristuberculose von Dr. Schieck (Arch. f. Ophth. — Schm Jahrb. 271 Bd 7 Heft). — Der gegenwärtige Stand der Hetol- (Zimmtsäure) Behandlung der Tuberculose von Prof Lauderer (Berl. Klin. — Medico Nr. 20). — Ein Beitrag zur Casuistik der Zimmtsäuretherapie bei Tuberculose von Dr. Pollak (Schm Jahrb 271. Bd. 8. Heft). — Bericht über die in der Poliklinik von Prof Krause mit intravenöser Injection von Hetol behandelten Lungen- und Larynxtuberculösen von Dr. Guttmann (Berliner klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Ueber die Behandlung der Tuberculose mit intravenösen Zimmtsäureinjectionen von Dr Hoedlmoser (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 9). — Ueber die Behandlung der chronischen Lungen- und Kehlkopftuberculose mit Hetolinjectionen von Dr. Gidionsen (Arch. f. klin. Med. 69. Bd. 3. u 4 Heft). — Prof. Wolff, Prof. v. Leyden, Prof. Fränkel, Prof. Fürbringer und Dr. Halle über Hetol- und Igazolbehandlung der Tuberculose im Vereine für innere Medicin zu Berlin (Ther Monatsh. 8. Heft) — Ueber Igazol von Dr Beerwald (Ther. Monatsh. 2 Heft). — Die Behandlung der Lungentuberculose mit Igazol von Dr. Preisach (Pester med. Presse Nr 32). — Behandlung der Lungenschwindsucht von Dr. Weber (Ther. Monatsh. — Med Neuigk. Nr. 13). — Kumys und seine Anwendung bei der Lungentuberculose von Dr. Löwensohn (Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 4. Heft). — Behandlung der Tuberculose mit rohem Fleisch und mit Injectionen von Orthoform in die Trachea (Bullet. gén. — Zeitschr. f diät. u. phys. Ther. 5 Bd 5. Heft). — Beitrag zur hydriatischen Behandlung der beginnenden Lungentuberculose im Hause von Dr. Meffert (Deutsche med. Wochenschr. — Medico Nr. 20). — Meine Behandlung der Lungenschwindsucht von Dr. Volland (Therap. Monatsh. 7. Heft). — Die medicamentöse Bekämpfung des Fiebers bei der Lungentuberculose von Dr. Köhler (Münchener med. Wochenschr. Nr. 50). — Prof. Stadelmann über klinische und therapeutische Untersuchungen bei Phthisis im Verein für innere Medicin zu Berlin (Ther. Monatsh. 7. Heft). — Ueber die Wirksamkeit des Pyramidon bei dem Fieber der Phthisiker von Dr. Lublinski (Ther. Monatsh. 10. Heft). — Ueber das Fieber bei der Lungentuberculose und seine Behandlung von Dr. Meyer (Ebendaselbst). — Beitrag zur Frage von der Wirkung des Ichthyols bei Lungentuberculose von Dr. Mostkóff (Allg. med Central-Zeitg. Nr. 76). — Dr. Goldmann über die Behandlung der Lungentuberculose mit Ichthyol Creosotal im Wiener medicinischen Club (Med. Woche Nr. 19). — Die Behandlung der Nachtschweisse von Lungenphthisikern mit Tannoformstreupulver von Dr. Strassburger (Therap. Monatsh. 3. Heft). — Die Behandlung der tuberculösen Peritonitis von Dr. Yeo (Lancet. — Münch. med. Wochenschr Nr 20). — Die Therapie der Bauchfelltuberculose von Dr. Rose (Mitteil. a. d. Grenzgeb — Ther d. Gegenw. 7. Heft). — Ueber Peritonitis tuberculosa von Dr. Oehler (Centralbl f. d. ges. Ther 2. Hef). — Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa von Dr. Lauper (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. — Schm Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Vaginaler und abdominaler Bauchschnitt bei tuberculöser Peritonitis von Dr. Baumgart (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2 u. 3). — Zur Behandlung der Gelenktuberculose von Dr. Hildebrand (Corresp.-Bl. f. Schw Aerzte. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 8). — Diagnose und Therapie der Coxalgie in ihren Anfangsstadien von Dr. Desfosses (Presse méd. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 7). — Tuberculöse Erkrankungen vom Standpunkt des Klinikers aus betrachtet von Dr. Owen (Brit. med. Journ. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 14). — Prof. v. Baumgarten über Experimente bei Hodentuberculose auf dem deutschen Chirurgen-

Digitized by Google

congresse zu Berlin (Münchener med. Wochenschr. Nr 17). — Prof. v. Bruns über die Castration bei Hodentuberculose ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. v. Büngner über Behandlung der Tuberculose der männlichen Geschlechtsorgane ebendaselbst (Ebendaselbst). — Behandlung der Hoden-Nebenhodentuberculose durch die Ligatur des Samenstranges von Dr. Mauclaire (Ther. Monatsh. 4 Heft). — Dr Hammerschlag über eine neue Behandlungsart tuberculöser Lymphome im Vereine deutscher Aerzte in Prag (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23). — Ueber die Durante'schen Jodinjectionen bei tuberculösen Drüsentumoren von Dr. Ortolani (Morgagni. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 28).

**Typhus.** Nach der von Dr. Scholz und Dr. Krause an Prof. Rumpf's Abteilung in Hamburg gemachten Beobachtungen ist die Widal'sche Reaction besonders betreffs Stellung der Frühdiagnose bei Typhus nur von geringem Nutzen. Sie reiht sich in ihrer Wertschätzung in eine Linie mit den übrigen Typhussymptomen, die alle gelegentlich einmal fehlen können. Bei der Beurteilung typhöser oder typhusähnlicher Erkrankungen liegt nach wie vor das Hauptgewicht auf einer genauen klinischen Beobachtung des gesammten Krankheitsverlaufes. Die Züchtung der Typhusbacillen aus den Roseolen ist nicht mehr als ein Hilfsmittel zur Diagnose, denn Roseolen treten nicht in allen Typhusfällen und nicht immer zeitig genug auf; überdies kann eine Roseola typhosa mit nicht auf typhöser Basis beruhenden Efflorescenzen verwechselt werden und schliesslich gelingt, allem Anscheine nach, die Züchtung von Typhusbacillen nicht aus jeder Roseole. Des Weiteren kommt der Nachweis der Typhusbacillen im Stuhle, und zwar besonders durch Aussaat auf die von Piorkowski angegebene Harngelatine in Betracht. Verfasser halten diese Methode für eine wertvolle Bereicherung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Aus dem Plattenbefunde allein ist aber nie mit Sicherheit die Diagnose auf Typhusbacillen zu stellen; stets sind die chemisch-biologischen Methoden dazu noch heranzuziehen.

Wie Dr. Schottmüller mitteilt, sind an Prof. Lenhartz' Abteilung zu Hamburg eine Anzahl klinisch ganz wie Typhus verlaufender Fälle beobachtet worden, in denen im Blute ein Bacillus gefunden wurde, der morphologisch dem Typhusbacillus ziemlich ähnlich, culturell jedoch nach mancher Richtung hin bedeutend verschieden war und, was ganz besonders bemerkenswert ist, durch das Serum Typhuskranker nicht beeinflusst wurde. Man muss sich demnach in jenen, klinisch als Typhus verlaufenden Fällen, bei welchen die Widal'sche Reaction negativ ausfällt, an die Möglichkeit erinnern, dass ein Fall von Infection mit „Paratyphusbacillen" vorliegen könnte. In einem Falle von Paratyphus wurden Roseolen auch am Gesichte des Kranken beobachtet, was nach Curschmann beim Typhus nicht vorkommen soll. Die Prognose scheint beim „Paratyphus" wesentlich günstiger zu sein, als beim echten Typhus.

Dr. Jež (Wien) stellte bekanntlich ein Antityphusextract durch Immunisation von Kaninchen her. Dasselbe wird je nach Schwere des Falles ein- bis zweistündlich esslöffelweise dargereicht, bis zum Eintreten erster Remissionen, von welcher Zeit ab der Kranke alle drei Stunden einen Esslöffel bekommt, bis die Morgentemperatur 38° nicht überschreitet. Von diesem Zeitpunkte an bekommt der Kranke drei Esslöffel täglich. Gewöhnlich verstreichen drei Tage, bis die Morgentemperatur 38° nicht übersteigt, so dass die Gesammtmenge des verbrauchten Extractes 400—500 g auf einen Patienten beträgt. Nach den Erfahrungen von Dr. Jež und Dr. Kluk-Kluczycki ist: 1. das Jež'sche Antityphusextract ein nur specifisch gegen den Abdominaltyphus wirkendes therapeutisches Präparat. 2. Dasselbe ist ein unschädliches Mittel, das auch in grossen Dosen den Kranken gegeben werden kann. Auch bei grossen Dosen treten keine Nebenerscheinungen auf. 3. Dasselbe ist ein Hilfsmittel, das bei der Differentialdiagnose entscheidet. 4. Ununterbrochen bei Abdominaltyphus verabreicht, wirkt es herabsetzend auf die Körpertemperatur und kräftigend auf den Puls. 5. Es verkürzt die Zeitdauer des Abdominaltyphus, vermindert oder neutralisirt vollkommen die Wirkung der Typhustoxine. 6 Applicirt per os, verursacht es eo ipso keine Folgeerscheinungen, die nach subcutanen Injectionen so oft zu Tage treten.

Prof. Eichhorst (Zürich) hat das

Digitized by Google

Antityphusextract von Jež in 12 Fällen angewendet. Es wurde immer nur bei Kranken mit ungewöhnlich schwerer Allgemeininfection und im Beginn der zweiten Krankheitswoche benutzt. Die Kranken waren nach vier bis sechs Tagen fieberfrei, ihr Bewusstsein wieder vollständig klar und ihr Befinden ein überraschend frisches. Bei einer Consultation in Friedrichshafen schlug Eichhorst die Anwendung dieses Mittels bei einem schweren Typhuskranken vor, bei dem die behandelnden Aerzte sich bisher vergeblich bemüht hatten, das anhaltend hohe Fieber herabzusetzen. Nach vier Tagen erhielt er von einem Anverwandten die Nachricht, das Mittel habe Wunder gewirkt, das Fieber sei vollkommen geschwunden. Unter den behandelten Schwerkranken ist keiner gestorben. Fast alle sind überraschend schnell genesen; zweimal kamen Recidiven vor.

Auch Dr. Schulthess hat gute Erfolge vom Jež'schen Antityphusextract beobachtet.

Ueber den Wert der Impfungen gegen den Typhus ist Dr. Washbourn auf Grund seiner im Jeomanry-Hospital in Pretoria gemachten Erfahrungen der Ansicht, dass diese auf die Krankheit keinen Einfluss haben. Leichte, schwere und tödtlich endigende Fälle ereigneten sich unter Geimpften und nicht Geimpften, und zwar allem Anscheine nach mit gleicher Häufigkeit. Nach seinen Erfahrungen kann Washbourn nicht behaupten, dass die Impfung die Empfänglichkeit für Typhus vermindert. Es ist möglich, dass sie für einige Monate Schutz gewährt, was in Anbetracht der Unzukömmlichkeiten, mit denen die Impfung verbunden ist, von geringem praktischen Werte ist. Zur Unterstützung dieser Ansicht fügt Verfasser bei, dass er nicht wenige Personen beobachtete, welche in einem Jahre zweimal an Typhus erkrankt waren.

Prof. Erb (Heidelberg) gibt seiner Ansicht Ausdruck, dass das Chinin bei der Behandlung des Typhus nicht bloss als ein rein antifebriles, sondern als ein Mittel anzuwenden ist, welches auf den Krankheitsverlauf direct günstig einwirken und die Krankheitsdauer abkürzen kann und deshalb in der Typhustherapie beibehalten werden sollte. Erb verabreicht vom elften oder zwölften Krankheitstage an bis zur Defervescenz täglich Abends nach erreichtem Temperatur-Maximum (7—8 Uhr) 1–1,5 g Chinin kurz nach einander in zwei Dosen, worauf nicht nur eine tiefere Morgenremission, sondern auch ein Herabgehen der nächsten Abendexacerbation bewirkt wird.

Prof. Binz (Bonn) hat schon im Jahre 1870 mit dem Chinin bei Typhus gute Erfolge erzielt. Die Kranken bekamen täglich 1 g Chinin spät am Abend, sodann täglich ein- bis zweimal ein Vollbad von 20° R. und 15 Minuten Dauer, endlich regelmässig am Ende des Bades gegen 100 ccm guten Rotweines von Zimmerwärme, auch in der Zwischenzeit kleinere, nach Belieben oft wiederholte Gaben Weines. Die Nahrung war ausschliesslich flüssig und möglichst kräftig. Binz empfiehlt die Dosis von 1 g und hält die Dosis von Erb (1,5—2 g) für gefährlich, da Lähmung eintreten kann, zumal, wenn bereits grosse Schwächung des Herzens oder der Atmung vorhanden ist. Binz zieht schliesslich das salzsaure Chinin vor und gibt eine Aufschwemmung in wenig Wasser, dem zwei Tropfen Salzsäure zugesetzt werden.

Nach Prof. Goldscheider's (Berlin) Ansicht kann man im Grossen und Ganzen mittels einzelner, passend dosirter und zu richtigen Zeiten verabreichter Chimingaben dem Typhuskranken einigen Nutzen verschaffen; die Wasserbehandlung wird durch das Mittel aber keineswegs überflüssig; sie und die Ernährung und sorgfältige Pflege ist immerhin weit wichtiger als die Chinindarreichung. Aber sehr zu warnen ist vor einer gehäuften, schematischen Chinineinverleibung; lieber gar kein Chinin als zu unrichtigen Zeiten und in übertriebenem Maasse! Dass die Chininbehandlung einen so hervorragenden Einfluss auf die Mortalität haben sollte, wie es Binz meint, ist nach Autors Erachten ganz ausgeschlossen; der Löwenanteil des Erfolges dürfte auch bei den Binz-Lissauer'schen Typhuskranken der gleichzeitigen Wasserbehandlung neben anderen Umständen zufallen.

Prof. Stange (St. Petersburg) schliesst

Digitized by Google

aus der Behandlung des Unterleibstyphus jedes antifebrile Element aus und stellt als die Hauptaufgabe für die Typhusbehandlung die Aufrechterhaltung einer kräftigen Herzthätigkeit hin, welche am sichersten durch eine rationelle Ernährung des Kranken und eine Verringerung seiner Wärmeverluste erreicht wird. Die abkühlenden Bäder reservirt er nur für Fälle mit extrem hoher Temperatur, während die übrigen Kranken sämmtlich mit bloss indifferenten Bädern behandelt werden, und zwar bekommen sie Morgens und Abends je ein Bad von 28° R., in welchem der Patient 15—20 Minuten verweilt: nach dem Bade wird er in ein warmes Laken eingehüllt und in eine Decke gewickelt. Die nach einer solchen Procedur auftretende Schweisssecretion verhindert ein übermässiges Ansteigen der Körpertemperatur und befreit den Organismus von einigen giftigen Stoffwechselproducten und Toxinen; der Blutzufluss zur Haut führt zu einer Verminderung des Einflusses und der Stauung in den inneren Organen, während der active Zustand und die regelmässige Ernährung der Haut das Auftreten von Decubitus verhütet. Zu demselben Zweck empfiehlt Autor auch Priessnitz'sche Compressen auf den Leib, Wärmeflaschen an die Extremitäten und nicht allzulange dauernde Application eines Eisbeutels auf den Kopf.

In denjenigen Fällen von Abdominaltyphus, in welchen die Anwendung kalter Bäder schwer oder unmöglich ist, lässt Dr. Lemoire (Lille) alle 2—3 Stunden, je nach dem Verlaufe der Temperatur, eine Injection von kaltem Wasser ins Rectum vornehmen. Nachdem man unter das Gesäss des Patienten ein Gefäss geschoben hat, wird auf eine Tiefe von 15—20 cm eine Canüle ins Rectum eingeschoben, welche mit einem Behälter verbunden ist, der gekochtes Wasser enthält, welches man auf 18—20° abgekühlt hat. Von diesem Wasser lässt man unter schwachem Druck langsam 2—3 l einlaufen. Von Zeit zu Zeit unterbricht man die Injection, um dem Darme zu ermöglichen, sich zu entleeren. Nach jeder Irrigation erfolgt eine mehr oder weniger reichliche Ausscheidung von Fäcalmassen. Hingegen sind in den Zwischenzeiten zwischen den Irrigationen die Stuhlentleerungen selten. Diese Irrigationen setzen die Temperatur rascher, wenn auch für kürzere Zeit herab, als das kalte Bad. Bei Anwendung derselben kommt es nur selten zu Schwächezuständen und Delirien. Die Irrigationen haben ausser dem anti-thermischen entschieden auch einen desinficirenden Wert. Die so behandelten Kranken zeigen eine feuchte Zunge, bleiben bei Appetit und bei klarem Bewusstsein.

Dr. Adams (San Francisco) schlägt als eventuellen Ersatz für hydriatische Proceduren folgende kleine Kunstgriffe vor, wenn letztere aus äusseren Gründen nicht durchgeführt werden können. Eine energische Abreibung der Haut mit absolutem Alkohol wirkt ziemlich stark antipyretisch und herzkräftigend. Originneller ist das zweite Verfahren. Der auf einem Laken nackt liegende Kranke wird mit einem auf 19—20° temperirten Syphon abgespritzt und der triefende Körper in der üblichen Weise in das Laken eingeschlagen.

Auf Grund teleologischer Erwägungen hält Dr. Smith den Appetit des Typhuskranken für den besten Richter in Fragen der Diät, allerdings nur dann, wenn weder Blutung, Erbrechen, noch Meteorismus vorhanden sind. Die Temperatur berücksichtigt Verfasser gar nicht. Hat der Kranke Appetit, so gebe man ihm reichlich Nahrung und er wird sie auch im Fieberzustand gut verdauen, hat er keinen Appetit, so kann er keinerlei Nahrung verdauen und man thut gut, nur kaltes Wasser zu geben. Verfasser scheut sich durchaus nicht, im wirklichen Stadium typhosum 4—5 Tage lang nur Wasser zu geben und er hat dabei gute Resultate; es ist ganz falsch, anzunehmen, dass man derartige Kranke kräftig nähren müsse, einerseits sterben sie nicht bei strengem Fasten und andererseits verdauen sie etwa eingeführte Nahrung doch nicht. Als Nahrungsmittel gibt er Milch, jedoch nie im natürlichen Zustande, da sie im Magen gerinnt und Beschwerden macht. Am besten ist sie als „custard"; man schlägt das Gelbe von fünf Eiern mit Milch, fügt Zucker und Gewürz zu

Digitized by Google

und erhitzt langsam, lässt es aber nicht zum Sieden kommen; dann sind Milchpuddinge zu geben, ferner Milch mit Thee, Kaffee oder Cacao, zu den Milchpuddingen verwendet man Reis, Sago, Tapioca etc. Weichgekochte resp. Spiegeleier dürfen in jeder Phase der Krankheit genossen werden, ebenso Suppen und Gelees. Alle künstlichen Nährpräparate sind von sehr zweifelhaftem Werte. Beeftea und frischer Fleischsaft mit etwas rohem Fleisch sind allen künstlichen Präparaten vorzuziehen. Fleisch und Fisch werden durch die Hackmaschine gegeben. Brot (nur altes, trockenes) wird in Milch aufgeweicht, doch darf der Patient auch trockenes Brot „knabbern". Bier und Porter (Stout) kann der Kranke haben, wenn er es wünscht, sonstige Alkoholica sind als Medicin zu betrachten und nur auf strenge Indication hin zu geben. Bei einem Kranken, der an Bier gewöhnt, kann dieses statt kalten Wassers Tage lang als einzige Nahrung gereicht werden. Tritt Erbrechen auf, so ist dies meist die Folge von zu reichlicher oder unzweckmässiger Ernährung und es ist demnach am besten, jede Nahrung für etwa 12 Stunden oder länger auszusetzen; hört es dann noch nicht auf, so gebe man Alkalien und Acid. hydrochloricum. Auch der Meteorismus ist, wenn er nicht in Folge einer Darmperforation auftritt, meist eine Folge unzweckmässiger Ernährung, seine Behandlung ist deshalb hauptsächlich eine prophylaktische; während des hohen Fiebers kann man der sehr geringen Nahrung etwas Pepsin zusetzen, doch darf man sie nicht vorher peptonisiren. Bei jedem Besuche wird der Bauch untersucht; zeigt sich das erste Beginnen einer Auftreibung, so wird jede Nahrung sistirt. Dabei gibt Verfasser in diesen Fällen zweistündlich je 8,0 Natr. sulph. bis reichlicher Stuhlgang erfolgt; ausserdem legt er einen Eisbeutel auf den Bauch. Tritt Verstopfung ein, so muss diese bekämpft werden.

Dr. Vaguez versuchte bei Typhus abdominalis unter Beibehaltung der Milchdiät im Allgemeinen durch Verabreichung von Eiweisssubstanzen die Kranken reichlicher zu ernähren. Die Patienten bekamen alle zwei Stunden eine Tasse Milch, welche jedoch um 8 Uhr Früh, um 12 Uhr Mittags und um 6 Uhr Nachmittags durch verschieden zusammengesetzte Mahlzeiten ersetzt wurde. Um 8 Uhr früh bekamen die Kranken eine grosse Tasse Thee oder Kaffee mit Milch oder einen Teller Hafer bezw. Reisschleim. Um 12 Uhr Mittags liess er folgende Mahlzeit verabreichen: Milchsuppe mit Eigelb und einem ganzen oder halben Kaffeelöffel voll Somatose und etwas Fleischbrühe. Um 6 Uhr bekamen die Patienten eine gleiche Mahlzeit wie Mittags, jedoch mit dem Unterschiede, dass statt der Milchsuppe Bouillon mit Eigelb gegeben wurde. Nachts gab man den Kranken einen halben oder ganzen Kaffeelöffel von Somatose in Milch. Nach und nach steigerte Autor während der Fieberperiode die Nahrungsmenge bis auf drei Eigelbe, 1—2 Kaffeelöffel voll Somatose, zwei Weingläser Fleischbrühe und einen Teller Mehlsuppe. Sobald die Temperatur zu sinken begann, wurde die Fleischbrühe durch frisch geschabtes Fleisch ersetzt. Diese Diät wurde bis zur vollständigen Entfieberung beibehalten, worauf allmählich zur kräftigeren Kost übergegangen wurde. Es bekamen die Patienten vom zweiten oder dritten Tage nach der Entfieberung an leichte Crêmes, verschiedene Suppen, etwas Kartoffeln oder Reis in Milch. In der Reconvalescenz wurde allmählich zur normalen Kost übergegangen. Bei dieser Ernährung hat Verfasser gute Resultate erzielt und nie irgendwelche Complicationen erlebt. Der Zustand der Kranken besserte sich mit der Einleitung der geschilderten Ernährung, der Verlust an Körpergewicht war gering, das Stadium der Reconvalescenz kurz, so dass die Patienten bald ihre Kräfte wiedererlangten.

Dr. Timen gab seinen Typhuskranken täglich ½—1 Liter Milch, ein bis zwei weiche Eier, Zwieback, später Weissbrod, Hühnersuppe, Hühnerfleisch oder Cotelettes, also gemischte Kost. Bei manchen Kranken blieb der Appetit ungestört, bei manchen steigerte er sich nur allmählich. Wenn der Appetit aber schlecht war oder wenn die Kranken Durchfälle bezw. Schmerzen in der Coecalgegend bekamen, wurden sie wieder auf Milchdiät gesetzt und erst nach dem Verschwinden

Digitized by Google

dieser Erscheinungen kehrten sie zur gemischten Kost zurück. So wurden 32 Kranke behandelt, wobei 14 schon einige Tage nach dem Beginn der Krankheit gemischte Nahrung erhielten, 18 erst von der dritten Woche an. Alle Kranken wurden geheilt und bei weitem von der Krankheit nicht so mitgenommen, wie es bei der flüssigen Diät der Fall zu sein pflegt.

Noch energischer ging Dr. Ladyschensky bei der Ernährung der Typhuskranken vor. Diesselben bekamen von Anfang an gemischte Nahrung in grösseren Quantitäten. Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Resultaten: 1. Die gemischte und forcirte Ernährung der Typhuskranken hat keinen Einfluss auf die Temperatur. 2 Die Dauer der Krankheit wird durch sie weder verkürzt noch verlängert. 3. Sie zieht keine Complicationen nach sich, weder von Seiten des Intestinaltractus, noch von Seiten anderer Organe, auch waren keine Decubitusfälle vorgekommen. 4. Sie verursacht meistens Verstopfung und wirkt somit wohlthuend auf die Beschaffenheit der Faeces und den Zustand der Mundhöhle. 5. Das subjective Befinden der Kranken ist bei gemischter und forcirter Ernährung bedeutend besser: die Patienten machen nicht den Eindruck schwer Kranker, können, wenn nötig, das Bett selbst verlassen und haben mehr Interesse für die Umgebung. 6. Das Stadium der Reconvalescenz wird abgekürzt und nach der Genesung haben die Kranken nicht jenes abgemagerte und abgeschwächte Aussehen, dem wir sonst bei Typhuskranken begegnen.

Im Sommer des Jahres 1900 wurden in der Göttinger medicinischen Klinik, wie Dr. Fraenckel mitteilt, 51 Typhusfälle behandelt Im Beginn der Behandlung erhielten Erwachsene dreimal 0,1 Calomel, Kinder dreimal 0,05 Calomel; im Uebrigen war die Therapie symptomatisch. Nur in einem Fall von dauernder Hyperthermie wurden Bäder, die mit 28° C. begannen und dann abgekühlt wurden, verabreicht; im Uebrigen wurden lauwarme Bäder gelegentlich angeordnet, um die schweren nervösen Symptome, sowie Herz und Atmung günstig zu beeinflussen. Als Reizmittel für hochgradige Herzschwäche wurden vornehmlich Campheröl und starke Alkoholdosen verabreicht, besonders der Campher leistet oft vorzügliche Dienste. Als Antipyreticum wurde, wenn die Morgentemperatur 40° überschritt, sofort 1 bis 1,5 g Natrium salicylicum gegeben, welches die Temperatur sicher herabdrückte; ausserdem wurden Nachmittags kleine Chinindosen (0,5—1 g) gereicht. Gegen starken Durchfall zeigte sich 1 g Tannigen in mehreren Fällen wirksam. Bei hartnäckiger Obstipation wurde besonders Calomel, ausserdem Oel und Wasserklysmen angewendet. Meist von der dritten Woche bis kurz vor der Entlassung erhielten die Kranken zwei bis dreimal täglich 0,5 g Urotropin zur Desinfection des Harns und der abführenden Wege. Eine geringe Cystitis wurde nur einmal beobachtet, sonst wurde niemals über Urinbeschwerden geklagt. Die Diät war während des Fiebers und volle zwei Wochen nach der Entfieberung streng flüssig; um eine Unterernährung zu vermeiden, wurden möglichst reichliche Mengen Milch gegeben, oft vier Liter, in einem Fall sogar bis sieben Liter täglich. Bei Widerwillen gegen Milch wurden Suppen mit Zusätzen wie Somatose und dergl. angewendet. Die Entlassung erfolgte in der Regel, nachdem 14 Tage lang die Kost gut vertragen worden war.

In zahlreichen Fällen von Ileotyphus verabreichte Dr. Polacco (Mailand) Ichthoform innerlich bis 6,0 g pro die in Gaben von 0,5 g. Waren die Fälle besonders schwere, so fügte er der innerlichen Ichthoformtherapie die äussere Ichtyolbehandlung bei. Es wurden 60,0 Ichthyolammonium in einem Bade warmen Wassers gelöst, die Temperatur des Bades war anfangs 28° R. und wurde nach und nach bis zu 24° R. oder 22° R. herabgesetzt. Während der Dauer des Bades (10 bis 15 Minuten) Eisbeutel auf dem Kopfe. Die Wirkungen des Ichtyolbades — es wurden durchschnittlich in den einzelnen Fällen 2—6 Bäder verabreicht — waren die folgenden: 1. Herabsetzung der Temperatur (zuweilen um zwei Grad) 2. Verminderung der Pulsfrequenz. 3. Ver-

Digitized by Google

minderung der Atmungsfrequenz. Die Respiration wird tiefer und vollständiger und ist von einem Gefühle allgemeinen Wohlbehagens und von erfrischendem Schlafe gefolgt. 4. Herabsetzung des Herzdruckes (mit dem Sphygmomanomter gemessen) und 5. Herabsetzung der sphygmographischen Linie, die der Herabsetzung des Herzdruckes entsprach.

Dr. Solt lobt das Ichthyol bei Typhus, das er in Pillen à 0,1, 3—12 Pillen täglich gab.

Dr. Mathieu verfuhr in 7—8 Fällen von Darmblutungen bei Typhus folgendermassen: Ersetzen der kalten Bäder durch kalte Umschläge, Darreichung von Wasser an Stelle von Milch; tägliche Application von 1—2 Eingiessungen von 48 gradigem abgekochtem Wasser unter geringem Druck. Der Eingiessung werden 4,0 Calciumchlorid zugefügt und gleichzeitig verabfolgt er noch 2,0 per os, dazu Opium innerlich zur Ruhigstellung der Därme. Diese Eingiessungen können wieder rotes Blut zu Tage fördern gleichzeitig mit den Coagulis, aber in seinen — allerdings spärlichen — Fällen sah Verfasser die Blutung schliesslich immer zum Stehen kommen.

Dr. Lejars (Paris) rät zum frühzeitigen chirurgischen Eingreifen bei Perforation von Darmgeschwüren beim Typhus. Selbstverständlich muss die Diagnose der eingetretenen Perforation feststehen. Ein plötzlich auftretender, heftiger, mehr oder weniger localisirter Schmerz im Bauche, das Hartwerden desselben, das rasche Ansteigen oder plötzliche Absinken der Temperatur um 1—1½° — das sind die bekannten Erscheinungen der Perforation. Selbst in zweifelhaften Fällen soll man baldmöglichst operiren.

Die Frage, ob man Typhuskranke bei eingetretener Perforation operiren soll, ist nach Dr. Berg unbedingt za bejahen. Die Kranken vertragen die Operation ausnahmslos gut, und die Chancen für die Genesung sind jedenfalls günstiger, als wenn man bei Ausbruch der Perforation auf den Schutz peritonealer Verwachsungen wartet. Natürlich darf die Operation nicht aufgeschoben werden, bis sich der Kranke in extremis befindet. Dagegen widerrät Verfasser die Operation, bevor die Perforation zu Stande gekommen ist, da man die Diagnose auf bevorstehende Perforation nicht sicher stellen kann. Etwas Anderes ist es mit der Perforation bei Perityphlitis; hier ist die Operation schon angezeigt, sobald die Perforation droht. Die Operation soll nicht früher begonnen werden, als bis sich die ersten shokartigen Erscheinungen gemildert haben.

Dr. Keen empfiehlt, jeden Fall von typhöser Darmperforation, der nicht absolut hoffnungslos ist, zu operiren. Das Alter des Kranken ist hiebei kein Hindernis, obgleich es den Erfolg der Operation sehr wesentlich beeinflusst. Nach der von Keen zusammengestellten Statistik beträgt die Genesungsziffer bei Individuen unter 15 Jahren 50 %, zwischen 15 und 25 Jahren 8,1 %, zwischen 25 bis 35 Jahren 25,6 % und über 35 Jahre 28,5 %. Die beste Zeit für die Operation ist nicht während des primären Shoks, sondern erst nach 12 Stunden, immerhin aber so bald wie möglich nach erfolgter Perforation. Die Aussichten für die Genesung betragen jedoch in den ersten 8 Stunden nur ⅓ der späteren Zeit. Die Aussichten sind in allen Fällen günstiger, wenn man die allgemeine Narcose durch die locale Anästhesie zu ersetzen vermag Die Perforationsöffnung soll ohne Beschneiden der Ränder vernäht werden. Eine Drainage ist meist erforderlich. Doch ist es sehr möglich, dass man bessere Resultate erhält, wenn man das Abdomen mit einer Kochsalzlösung anfüllt und dann schliesst. Die Genesungsziffer bei den von Keen operirten Fällen betrug bis zum letzten Jahre 26,9 %.

Dr. Osler (Chicago) hat bis zum 1. Januar 1900 11 Fälle von erfolgter Darmperforation bei Typhus dem Chirurgen überwiesen und es wurden fünf geheilt. Bei einem wurden sogar im Verlaufe von zwei Wochen drei Operationen nötig, zwei wegen erfolgter, eine wegen vermuteter Perforation.

Zur Verhütung des aus dem Trinkwasser entstehenden Typhus im Felde haben Dr. Parkes und Dr. Rideal nach verschiedenen Experimenten die

Digitized by Google

Schwefelsäure in Gestalt des sauren schwefelsauren Natriums am geeignetsten gefunden. Dieses wird in leichtlöslichen Pastillen zu 0,3 Natrium bisulfuricum den Truppen mitgegeben. Der säuerliche Beigeschmack, den das Wasser dadurch erhält, erleichtert die Stillung des Durstes. Auch kann man die Pastillen bei Mangel an Wasser auf der Zunge schmelzen lassen, was gleichfalls durststillend wirkt.

Ueber den klinischen Wert der gegenwärtig gebräuchlichen bakteriologischen Untersuchungsmethoden bei Typhus abdominalis von DDr. Scholz und Krause (Zeitschr. f. klin. Med. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6). — Weitere Mitteilungen über mehrere das Bild des Typhus bietende Krankheitsfälle, hervorgerufen durch typhusähnliche Bacillen (Paratyphus) von Dr. Schottmüller (Zeitschrift f. Hyg. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33). — Zur Therapie des Abdominaltyphus mit Jež's Antityphusextract von Dr. Jež und Kluk-Kluczycki (Wiener klin. Wochenschr. Nr 4). — Prof. Eichhorst und Dr. Schultheis über Antityphusextract von Jež in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich (Centralbl. f. d. ges. Ther. 10. Heft). — Medicinisches aus dem königlichen Yeomanry-Hospital in Pretoria von Dr. Washbourn (Brit. med Journ. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 37). — Bemerkungen über Chininbehandlung des Abdominaltyphus von Prof. Erb (Ther. d. Gegenw. 1. Heft). — Zur Behandlung des Abdominaltyphus von Prof. Binz (Ther. d. Gegenw. 2. Heft). — Zur Chininbehandlung des Unterleibstyphus von Prof. Goldscheider (Ther. d. Gegenw. 7. Heft). — Ueber die Behandlung der Typhuskranken mit kalten Bädern von Prof. Stange (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 5. Heft). — Behandlung des Abdominaltyphus von Dr. Lemoire (Medico Nr. 43). — Die Behandlung des Typhus von Dr. Adams (Med. News. — Wiener med. Blätter Nr. 18). — Die Behandlung des Abdominaltyphus von Dr. Smith (Lancet. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 15). — Ueber die Ernährung bei Abdominaltyphus von Dr. Vaquez (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 3. Heft). — Diätetische Behandlung Typhuskranker von Dr Timen (Ther. d. Gegenw. 7. Heft). — Behandlung des Abdominaltyphus von Dr. Ladyschensky (Ebendaselbst). — Die Göttinger Typhusepidemie im Sommer 1900 von Dr. Fränckel (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 12 u. 13). — Ueber Ichthoform und Ichthyolbäder in der Therapie des Typhus abdominalis von Dr. Polacco (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 5). — Ichthyol beim Typhus von Dr. Solt (Aerztl. Praxis Nr. 1). — Behandlung der Darmblutungen der Typhuskranken von Dr. Mathieu (Gaz. d. hôp. — Ther. d. Gegenw. 6. Heft). — Dr. Lejars über Perforation von Darmgeschwüren beim Typhus in der Société de chirurgie zu Paris (Bull. gén. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10). — Bemerkungen zur Operation bei Darmperforation beim Typhus von Dr. Berg. (Med. rec. — Allg. med. Central-Zeitung Nr. 67). — Behandlung der typhosen Darmperforation von Dr. Keen (Allg. med. Central-Zeitg. Nr. 74). — Können die beim Abdominaltyphus vorkommenden Darmperforationen nicht rechtzeitiger erkannt und operirt werden? von Dr. Osler (Lancet. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 15). — DDr. Parkes und Rideal über die Verhütung des aus dem Trinkwasser entstehenden Typhus im Felde in der Epidemiological Society (Brit. med Journ. — Ther. Monatsh. 6. Heft).

# U.

**Ulcus cruris.** Zur Behandlung von Unterschenkelgeschwüren empfiehlt Dr. Schleich (Berlin) folgendes Verfahren. Nach gründlicher Reinigung des ganzen Unterschenkels wird auf denselben von den Zehen bis zur Patella und bis unmittelbar an das Geschwür eine ziemlich dicke Schichte folgender Paste, weicher Consistenz aufgetragen:

Rp. Pept. sicc. (Witte),
Amyli trit.,
Zinc. oxyd. āā 20,0,
Gumm. arab. subt. pulv. 40,0,
Lysol gtt. 15,
Ol. meliss. gtt. 5.
Aq. dest. q. s.
ut f. pasta Schleich.

Auf das Geschwür selbst wird Glutolserum gepulvert, darüber ein Bausch Krüllgaze gedeckt, die Ränder des Peptonanstriches werden an der Patella und am Zehenansatze mit einem dicken, schmalen Wattestreifen geschützt, worauf dem ganzen Unterschenkel ein sehr gut sitzender, faltenloser Verband unter straffem Zuge der Cambricbinde angelegt wird. Dieselbe wird durchschnittlich alle fünf bis sechs Tage mit der Gipsscheere durchschnitten und erneuert. Bestehende Ekzeme erfordern ein Bestreichen der Geschwürsränder mit Pasta serosa oder Ichthyol. Bei grossen Geschwüren bleibt hie und da ein Rest, der eine Transplantation nötig macht.

Digitized by Google

Dr. Schulze (Cottbus) lobt die Anwendung von Campher bei Ulcus cruris, der in Form von Salben vom Patienten 2—3 mal täglich auf das Geschwür zu bringen ist. Die Salbe kann, je nachdem sie vertragen wird, verschieden zusammengesetzt werden. Schulze gibt folgende Recepte an:

| | |
|---|---|
| Camphorae tritae | 2,0 |
| Zinc. oxyd. | 15,0—20,0 |
| Adipis suill. ad. | 100,0 |

oder

| | |
|---|---|
| Camphorae tritae | 2,0 |
| Ol. Oliv. | 50,0 |
| Zinc. oxyd. | 40,0—50,0 |

S. vor dem Gebrauche tüchtig zu schütteln.

Campherwein zu verwenden ist nur in seltenen Fällen möglich, da er meist zu stark brennt, sonst ist er jedoch sehr wirksam.

Dr. Honl fand, dass Proteïde des Bacillus pyocyaneus bei Geschwüren aller Art günstigen Einfluss hatten. Das Toxin, das Verfasser aus den Culturen des B. pyoc. bereitet (nach Buchner's-Methode) ist eine dunkelgrüne, leicht alkalisch reagirende, mässig riechende Flüssigkeit, nicht vollkommen klar, die zweimal täglich in mit dem Proteïde getränkten Hydrophilcompressen auf die Geschwüre applicirt wird. Es gelang auf diese Weise, alle Geschwüre, ohne dass ein anderes Mittel angewendet worden wäre, zur Ausheilung bringen, und Verfasser behauptet, dass das Proteïd des B. pyoc. jedes Unterschenkelgeschwür heilt und zwar in kürzerer Frist, als alle anderen Mittel.

Von den chirurgischen Eingriffen, welche bei chronischen, meist callösen Unterschenkelgeschwüren, die anderen Methoden trotzen, in Betracht kommen, erwähnt Dr. Ullmann (Wien) die folgenden: 1. Die Ligatur oder Resection der Vena saphena nach Trendelenburg in ihren verschiedenen Modificationen. 2. Die Circumcision der Geschwürsränder, zumal bei intensiver Callusbildung. 3. Die Exstirpation des ganzen Ulcus mit Einsetzung eines stiellosen Lappens bei kleinen callösen Ulcera, soferne sie nicht auf der Tibiafläche sitzen. 4. Die Ueberpflanzung Thiersch'scher Hautstreifen auf die rein granulirende Wundfläche, bei allen einfachen chronischen Ulcera cruris durchführbar.

Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwüres von Dr. Schleich (Ther. d. Gegenw. 1. Heft). — Behandlung von Unterschenkelgeschwüren von Dr. Schulze (Münchener med. Wochenschr. Nr. 12). — Die Bakteriotherapie der Unterschenkelgeschwüre von Dr. Honl (Lék. roz. — Ther. der Gegenw. 4. Heft). — Ueber die Ursachen und einige neuere Behandlungsmethoden hartnäckiger Unterschenkelgeschwüre von Dr. Ullmann (Centralbl. f. d. ges. Ther. 3. Heft).

**Ulcus molle.** Dr. Möller und Dr. Aspegren stellten vergleichende Untersuchungen über den Wert der gebräuchlichen Wundstreupulver bei Ulcus molle an. Sie untersuchten folgende Pulver: Jodoform, Europhen, Nosophen, Jodoformogen, Dermatol, Xeroform und Tannoform. Die besten Resultate ergab das Jodoformogen (mittlere Reinigungszeit 4,25 Tage gegen z. B. Dermatol 11,8 Tage). Noch besser als diese Pulver wirkte die Audry'sche Hitzebehandlung. Die besten überhaupt erzielbaren Erfolge ergab die Combination der Audry'schen Hitzebestrahlung mit nachfolgendem Jodoformogenverband. Im Ganzen wurden 328 Fälle behandelt; von 82 Fällen, in welchen Jodoform angewandt worden war, zeigten fünfmal die Patienten Jodoformekzem, bei 94 Fällen, in welchen Jodoformogen applicirt wurde, trat nur einmal ein Arzneiexanthem auf. Jodoformogen ist sterilisirbares, fast absolut geruchloses Jodoformeiweiss.

Dr. Szántó (Budapest) erzielte rasche Granulationsbildung und Ueberhäutung bei langbestehenden, auch bei phagedänischen Geschwüren am Penis von einer Salicylsalbe (1 : 30), die auf Gaze gestrichen, hernach mit Billrotbattist überdeckt wird. Die Heilung erfolgt nach Verfasser rascher als mit irgend einem anderen Mittel. Streupulver sind zu vermeiden, da die Wunde nicht genügend rein gehalten wird.

Therapeutische Studien über Ulcus molle von DDr. Möller und Aspegren (Festschr. f. Kaposi. — Medico Nr. 34). — Ueber die Verwendung des Acidum salicylicum bei Ulcus molle von Dr. Szántó (Wiener med. Presse. — Wiener med. Blätter Nr. 40).



Digitized by Google

**Urol.** Urol ist eine Verbindung von Chinasäure mit Harnstoff. Das Mittel wurde von Prof. v. Noorden im städtischen Krankenhause in Frankfurt a. M. in Fällen von Arthritis urica und harnsauren Nierenconcrementen angewandt. Trotzdem die Urinuntersuchungen eine Herabminderung der Harnstoffausscheidung nicht ergaben, war doch der klinische Erfolg zu wiederholten Malen deutlich nachweisbar. Dosis: 2 bis 5 g pro die, zur Hälfte Morgens früh nüchtern, andere Hälfte Abends vor dem Schlafengehen mit 100 g heissem Wasser. Das Medicament wurde gut vertragen. Jedenfalls rät v. Noorden weitere Versuche mit dem Präparat an.

Urol von Prof. v. Noorden (Centralbl. f. Stoffw. — Aerztl. Praxis Nr. 22).

**Urotropin.** Beobachtungen von Dr Götzl und Dr. Salus bei Darreichung. von dreimal täglich 0,5 g Urotropin in einem Glase Wasser ergaben folgendes: 1. Das Urotropin wird in diesen Dosen gut vertragen (nur in einem Falle trat Brennen beim Uriniren auf, das mit Sistirung der Medication aufhörte). 2. Im frisch (auch durch Katheterismus) entleerten Harne konnten Autoren des öfteren Formaldehyd nicht nachweisen; sonst wies der Ausfall dieser ungemein empfindlichen Reaction auf sehr geringe Formaldehydmengen hin. Dagegen gaben die Harne stets intensive Urotropinreactionen. 3. Dem Fehlen der Formaldehydreaction entsprach nicht auch ein Ausbleiben der Urotropinwirkung, und umgekehrt. 4. Durchgreifende Unterschiede im Erfolge der Therapie je nach der Reaction des Harnes konnten Verfasser nicht erheben. 5. Das Urotropin erwies sich als treffliches Harnantisepticum; wo der Erfolg zu wünschen übrig liess, schien dies an der Unzulänglichkeit der üblichen Dosen zu liegen. 6. Die locale Therapie wird durch diese Medication bei der chron. Cystitis mit Harnretention keineswegs überflüssig. 7. In einem Falle von Calculosis gingen nach Urotopingebrauch kleine, lehmfarbene Concremente von Harnsäure ab, welche weicher waren als die vorher spontan abgegangenen rötlichen Concremente.

Nach Dr. Suter's (Basel) Versuchen. und Krankenbeobachtungen ist das Urotropin weitaus das kräftigste Antisepticum der Harnwege, das wir zur Zeit besitzen, und wirkt z. B. gegenüber dem Salol, ohne alle unangenehmen Nebenerscheinungen. Das Salol hat nur den einen Vorzug, dass es auch bei alkalischem Harne nützt. Das Urotropin wirkt dadurch, dass es Formaldehyd frei gibt, und das geschieht nur in saurem Harne, und zwar um so besser, je saurer der Harn ist. Suter empfiehlt das Urotropin ganz besonders als Prophylacticum bei jedem chirurgischen Eingriffe an den Harnwegen und als Heilmittel bei jeder Form von Bakteriurie. Bei etwaiger Cystitis soll man nicht zu viel erwarten. Das Mittel wirkt auf den Harn, nicht auf die Blase. Bei tuberculöser gonorrhoischer Cystitis wird es kaum viel helfen; bei dem stinkenden Residualharne der Kranken mit Strictur und Prostatahypertrophie ist es oft von grossem Nutzen. Man gibt 1—1½ g täglich, unter Umständen viele Wochen hindurch.

Dr. Simpson (London) hebt die günstige Wirkung des Urotropins bei Pyelitis und Cystitis mit häufiger Urinentleerung besonders hervor. Unter seinem Gebrauche hören die Schmerzen in der Nierengegend auf, die Patienten können den Urin Stunden lang halten, der Urin wird klar, seine Zersetzung wird verhindert und es wird die Besserung und Heilung des erkrankten Organes durch das Mittel befördert.

In einer längeren Versuchsreihe hat Prof. Loebisch (Innsbruck) nachgewiesen, dass das Urotropin auch bei Darmaffectionen von Wert ist, insofern es auf die Darmfäulniss einen deutlich herabsetzenden Einfluss hat.

Zur Wirkung des Urotropins von DDr. Götzl und Salus (Prager med. Wochenschr. Nr. 31). — Ueber Urotropin von Dr. Suter (Corresp.-Bl. für Schw. Aerzte. — Schm. Jahrb. 270. Bd. 4. Heft). — Günstige Wirkung des Urotropins bei Pyelitis und Cystitis mit häufiger Urinentleerung von Dr. Simpson (The Therapist. — Ther. Monatsh. 7. Heft) — Ueber Urotropin von Prof. Loebisch (Wiener med. Presse Nr. 27. u. 28).

**Uterusdeviationen.** Es ist nach Dr. Tuszkai (Budapest) festgestellt, dass die

Digitized by Google

mit Uterusleiden zugleich auftretenden Magenaffectionen uterinen Ursprunges sein können. Autor hat die directen und indirecten Nervenverbindungen zwischen Uterus und Magen einer eingehenden anatomischen Untersuchung unterworfen und teilt deren Ergebnisse mit. Als Wichtigstes hebt er dabei hervor, dass der Uterusplexus mit dem Magen mittels des Ganglion solare im Zusammenhange steht. Die unmittelbaren Wege der Reflexbahn sind directe Verbindungen des Vagus mit dem sympathischen Nervensystem ohne Vermittelung durch das Ganglion solare. Der zweite Weg der Wechselwirkungen ist nach Tuszkai in den Veränderungen der gemeinsamen statischen Momente beider Organe zu suchen. Die Dislocationen des Magens können als Folge der Wechselwirkungen der statischen Momente, eine Uterusdeviation (secundäre Uterusaffection) hervorrufen, während die primären Deviationen des Uterus secundäre Gastroneurosen oder palpable Magenaffectionen erzeugen.

Dr. Lantos (Budapest) berichtet über einen Fall von Retroflexio uteri fixata, welcher beweist: 1. dass es gelingt, auch ohne gewaltsame Zerreissung der fixirenden Stränge in relativ kurzer Zeit (sechs Massagen) ganz gefahrlos einen Erfolg aufzuweisen, 2. dass in diesem Falle die fixirte Retroflexion mit Bestimmtheit als Grund der vorausgegangenen Fehlgeburten betrachtet werden musste. Die Behandlung befreite daher Patienten nicht nur von ihrem Grundleiden, sondern auch gleichzeitig von dem Begleitsymptom des Leidens, von der bereits habituellen Veranlagung zum Abortus.

Ueber moderne Prolapsoperationen berichtet Dr. Freund (Strassburg) Für uncomplicirte Scheidenvorfälle, speciell solche ohne bedeutendere Cystocele bleibt die classische Kolporrhaphie die berechtigte Operation. Bei isolirtem Vorfalle der vorderen Scheidenwand, der besonders bei Frauen, welche geboren haben, in geringeren Graden sehr häufig, in höheren Graden selten ist, kann eine plastische Kolporrhaphie, einen wahren Dauererfolg haben, wenn die Macht der Harnblase bezüglich der Vagina geschmälert oder ausgeschaltet ist. Bei alten Frauen können palliative Verfahren in Betracht kommen. Für complicirte Scheidenvorfälle sind Operationen notwendig, welche die Harnblase dauernd aus dem Prolapsgebiete verdrängen und je nach dem Grade der Mitbeteiligung des Uterus Eingriffe an der Portio oder dem Corpus uteri gleichzeitig gestatten. Bei der Operation des mit Retroversio-flexio uteri complicirten Scheidenvorfalles muss auf die Beseitigung des Scheidenprolapses das Hauptgewicht gelegt werden. Die mächtigen Eventrationen, bei welchen die umgestülpte Scheide ebenso wie der grösste Teil der Harnblase, der ganze Uterus, die vordere Mastdarmwand, manchmal auch Dünndärme einen Teil bilden, kann man weder den Weg durch ein künstliches Diaphragma aus verkürzter Scheide dauernd verlegen, noch ist hier das Wegnehmen des Uterus logisch. Dem Andrange der Beckenbaucheingeweide muss ein möglichst voluminöser Widerstand entgegengestellt werden; diese grossen Eventrationen erfordern peritoneale Operationen mit Erhaltung des Uterus.

Eine einfache Gebärmutter- respective Scheidenstütze, die man leicht selbst herstellen kann, beschreibt Dr. Reismann (Haspe). Die Anfertigung geschieht in folgender Weise: Man nimmt einen etwa 20—25 cm langen Gummischlauch von etwa 12—14 mm Dicke mit nicht zu dünner Wandung. Am besten ist der im Handel gebräuchliche Schlauch von rotem Gummi. Die Dicke des Schlauches richtet sich nach dem Grade der Tragkraft, welcher man bedarf. Dieses Stück Schlauch wird mit Wundwatte fest ausgestopft, um die Stützkraft zu vermehren, ohne dass die Elasticität dabei einbüsst. Die beiden Enden des Schlauchs lässt man einige Centimeter frei. Dieser so präparirte Schlauch wird umgebogen zur Gestalt eines Birnendurchschnitts. Die umgebogenen Enden werden mit einem starken gewichsten Seidenfaden an zwei Stellen unten zusammengebunden in einem Abstande von 1½—2 cm. Durch den hier durch entstehenden Spalt zwischen den beiden Umschnürungsfäden steckt man zwei Gummischläuche von passender



Digitized by Google

Länge, so dass nach hinten und vorn zwei Schenkel vorhanden sind. Die hinteren Schenkel kommen beim Anlegen des Apparats, nachdem der mit Watte ausgestopfte Gummibügel in die Vagina gebracht ist, in die Glutaealfalten, die vorderen Schenkel in die Inguinalfalten zu liegen. Vermittels in die Enden der Schenkel eingebrachter Haken werden letztere in entsprechenden Oesen eines aus Gummiband hergestellten Beckengurts eingehakt. Diese Oesen liegen an diesem Gurte hinten in der Höhe der Trochanterenspitzen und vorne etwas innerhalb der Spinae anteriores ossis ilei. Die Haken kann man zweckmässig aus Haarnadeln sich biegen, deren Schenkel man durch einen Medicinflaschenkork steckt, nachdem man durch diesen mittels einer glühenden Stopfnadel sich Löcher vor- oder durchgebohrt hat. Diese so armirten Korke werden in die Schlauchenden gesteckt und dort mit festem Seidenfaden fest umschnürt. Bei der Anpassung und Anlegung des Apparates muss nur darauf Bedacht genommen werden, dass die hinteren und vorderen Gummischenkel gleichmässig und nicht zu stark gespannt werden. Eine ungleichmässige Spannung übt nach hinten einen Druck auf den Damm und nach vorn auf die Urethra aus. Das Gefühl gibt den Frauen den besten Maassstab für die anzuwendende Spannung. Die Schenkel sollen ja nur tragen, weich federnd tragen, niemals drücken.

Ueber den Zusammenhang zwischen Uterus und Magenleiden von Dr. Tuszkai (Monatschr. f. Geburtsh. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 9. Heft. — Beitrag zur Behandlung der Retroflexio uteri fixata von Dr. Lantos (Pester med.-chir. Presse Nr. 2). — Ueber moderne Prolapsoperationen von Dr. Freund (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 18). — Eine einfache Gebärmutter- resp. Scheidenstütze von Dr. Reismann (Münchener med. Wochenschr. — Medico Nr. 7).

**Uterusverwachsung.** Dr. Steffel (Berlin) ist ein Gegner der Radicaloperation, die nach seiner Ansicht durch Uterusverwachsung allein niemals indicirt ist. Er verlangt strenge Individualisirung jedes einzelnen Falles und vor Allem eine absolut genaue Diagnose. Bei indirecter Fixation des Uterus durch grössere Adnexgeschwülste ist die Laparotomie mit Ventrofixation angezeigt. Bei direct fixirtem Uterus dagegen empfiehlt er eine „vaginale Hysterolysis", d. h. Lösung der Adhäsionen, welche durch die Colpotomia anterior und posterior direct zugänglich gemacht werden, und Fixirung des freigelegten Uterus in der vorderen Vaginalwand.

Zur Behandlung der pathologischen Fixationen des Uterus von Dr. Steffeck (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 10 u. 11).

# V.

**Vaginismus.** Dr. Huppert (Bielitz) hat von der Kolpeurynterbehandlung bei Vaginismus sehr gute Resultate gesehen. Die Einführung gelang nach Cocaïnisirung des Introitus schmerzlos; nach zwei- bis dreiwöchentlicher Behandlung konnte ein Speculum von 3 cm Durchmesser schmerzlos eingeführt werden. In der Mehrzahl der Fälle trat kurz nach Beendigung der Behandlung Conception ein. Auch bei gleichzeitigen entzündlichen oder gonorrhoischen Erkrankungen bewährte sich der Kolpeurynter gut.

Behandlung des Vaginismus mittels Kolpeurynters von Dr. Huppert (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 2).

**Validol.** Das Validol ist nach Dr. Schwersenski (Berlin) eine Verbindung von Menthol und Valeriansäure mit einem Gehalte von 30% freien Menthols. Es ist ein kräftiges Analepticum bei den verschiedensten acuten und chronischen Schwächezuständen, es wirkt günstig bei der Hysterie, gegen Migräne, ganz besonders gegen die Folgen der acuten Alkoholvergiftung (gegen den „Kater"), es hilft gegen allerhand Magenschmerzen und ist dabei ein gutes Stomachium, es mildert, in die Nase gebracht, die Beschwerden des Schnupfens u. s. w. Innerlich gibt man etwa dreimal täglich zehn Tropfen.

Das Validolum camphoratum soll

Digitized by Google

nach demselben Autor örtlich angewandt stark schmerzstillend wirken, z. B. bei Zahnschmerzen.

Neues über Validol von Dr. Schwersenski (Ther. Monatsh. 5. Heft). — Validolum camphoratum, ein Analepticum für schwere und schwerste Schwächezustände von Dr. Schwersenski (Ther. Monatsh. 6. Heft).

**Varicen.** Um Thrombosirung der Vena saphena nach der Trendelenburg'schen Operation bei Varicen zu vermeiden und um die Patienten vor dem Recidiv zu bewahren, hat Dr. Karewski in den letzten Jahren consequent die ganze Vena saphena entfernt und ausserdem die Varicen exstirpirt. Da der zur Blosslegung der ganzen Vena saphena notwendige Schnitt sehr lang ist und die lange Narbe Störungen verursachen kann, hat Karewski folgende Modification der Operation vorgeschlagen. Die Einmündungsstelle der Vena saphena in der Fossa ovalis wird blossgelegt und nach doppelter Unterbindung und Durchschneidung der Vene kann man ein beträchtliches Stück der letzteren nach unten isoliren und aus ihrer Einbettung im subcutanen Fett herausziehen. Wenn man nun ca. 10 cm tiefer im Verlaufe des Stammes der Vene eine neue Incision macht, die Vene zwischen zwei Schiebern fasst, sie alsdann centralwärts herauszieht, so ist man im Stande, das ganze Gefässrohr stumpf herauszuholen. Die abreissenden Seitenäste bluten zwar, die Blutung steht aber nach leichter Compression. Eine dritte Incision in der Höhe der Kniegelenksgegend ermöglicht die Entfernung des gesammten Gefässrohres bis zu dieser Stelle und dann beginnt die Exstirpation der Varicen selbst. Auch frische varicöse Phlebitis kann man auf diese Weise schnell zur Heilung bringen. Da bei der Operation der frischen Phlebitis die Gefahr der Verschleppung der Thromben besteht, ist es angezeigt, zuerst die Vene hoch an der Einmündungsstelle blosszulegen und zu reseciren, um dadurch die Communication mit der Schenkelvene aufzuheben. In sechs Fällen von frischen Phlebitiden gelang es Karewski, schnell dauernde Heilung zu erzielen. Bei frischen Fällen ist es notwendig, grössere Hautstücke zu entfernen. Die Defecte können aber durch die Naht verkleinert werden.

Dr. Kramer (Glogau) empfiehlt zur Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen die Längsspaltung der Gefässstränge mit vorsichtiger Entleerung der Gerinnselmassen. Kramer fand dieses Verfahren seit ca. zehn Jahren bewährt und hat in ca. 50 Fällen nach dieser Operation (zu der hauptsächlich die trotz Fehlens frischer Entzündung seit länger bestehenden und anderweitig nicht zu beseitigenden Beschwerden Anlass gaben) nie nachteilige Folgen (Embolie etc.) beobachtet. Die Wunden heilten unter Ruhelage bei fieberlosem Verlaufe ohne Fistelbildung und hinterliessen schmale schmerzlose Narben; die Patienten wurden bald von ihren Beschwerden befreit.

Zur operativen Behandlung der Varicen und der variciösen Phlebitis von Dr. Karewski (Berl. klin. Wochenschr. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 6. Heft). — Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen von Dr. Kramer (Centralbl. f. Chir. — Münchener med. Wochenschrift Nr. 41).

**Variola.** Dr. Engel hatte während einer Pockenepidemie in Kairo im Jahre 1899 Gelegenheit, einige Pockenkranke nach den Angaben von Finsen mit rotem Lichte zu behandeln. Das Princip dieser Behandlung besteht bekanntlich darin, dass durch rote Fensterscheiben oder dichte rote Vorhänge alle chemisch wirksamen, speciell also die violetten Lichtstrahlen dauernd von dem Patienten abgehalten werden. Die Kranken müssen vor Beginn des Suppurations-Stadiums in die Lichtbehandlung kommen. In diesem Falle soll die Krankheit im Ganzen leichter, zum Teil abortiv verlaufen, das Suppurations-Stadium ganz oder fast ganz vermieden werden und die Abheilung der Variola-Efflorescenzen ohne die entstellenden Narben vor sich gehen. Engel konnte nun an seinen Fällen constatiren, dass die Angaben Finsens bei leichteren Fällen in der That im Ganzen zutreffend sind, während die schweren Fälle mit starker Schleimhautbeteiligung durch das rote Licht nicht

Digitized by Google

beeinflusst wurden. Ferner glaubt Engel, dass auch die forcirte Vaccination — frühzeitig angewandt — häufig den Verlauf der Variola günstig beeinflusst. Schliesslich konnte Verfasser gelegentlich dieser Epidemie den ausserordentlichen Einfluss der Vaccination resp. der Revaccination auf die Ausbreitung der Seuche constatiren, da auf die im April vorgenommenen Massenimpfungen der Bevölkerung von Kairo im Mai ein enormer Abfall der Zahl der Erkrankungen folgte.

Zur Behandlung der Pocken mit rotem Licht nebst einigen Bemerkungen über forcirte Vaccination von Dr. Engel (Ther. d. Gegenw. — Deutsche Praxis Nr. 12).

**Verbände.** Ueber die Boagipsschiene berichtet Prof. Sahli. Dieselbe wird maschinell hergestellt (bei Hausmann in St. Gallen) durch Einfüllen von bestem trockenen Verbandgips in einen Schlauch von Baumwolltricot und nachheriges Plattwalzen und Aufwickeln. Mit dem Gips zugleich wird ein Streifen groben Jutegewebes, von gleicher Länge und etwas geringerer Breite als das Tricotgewebe, in das Innere des Schlauches eingeführt und liegt dann im Gips eingebettet. Die Schiene stellt sich in fertigem Zustande dar als eine aufgewickelte Gipsbinde mit ca. 0,6 cm dicken Wandungen, bei der der Gips von den Schlauchwandungen allseitig umschlossen ist. Die Boaschienen haben beim Transport und beim Einlegen ins Wasser keinen nennenswerten Gipsverlust. Sie werden in Breiten von 6, 8 und 10 cm und in Stücken von 1 m Länge in den Handel gebracht. Sie sind in verlöteten Blechbüchsen verpackt und sollen sich darin unbegrenzte Zeit halten. Die Schiene wird, zusammengerollt, wie sie aus der Büchse kommt, in warmes Wasser eingelegt und ruhig darin gelassen, solange Luftblasen aufsteigen. Dann wird sie herausgenommen, mässig ausgedrückt und auf flacher und glatter Unterlage (Tisch oder Brett) ausgebreitet. Dann wird sie mit befeuchteten Händen rasch gestrichen und geglättet, bis die Gewebemaschen sich mit Gipsbrei gefüllt haben, dann gewendet und die andere Seite ebenso behandelt. Trocken gebliebene Stellen werden nachträglich angefeuchtet. Braucht man nur einen Teil der Schiene, so schneidet man sich ein passendes Stück ab und hebt den Rest, in Steifgaze gewickelt, auf. Eine Polsterung unter den Boaschienen ist meist unnötig; stark behaarte Stellen sind zu rasiren, die Haut stets gut einzufetten, eventuell benütze man eine Tricotunterlage. Sauberkeit, Schnelligkeit der Anlegung und Annehmlichkeit für die Patienten werden als besondere Vorzüge der Gipsschienen gerühmt.

Die Boagipsschiene von Prof. Sahli (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. — Deutsche Praxis Nr. 12).

**Verletzungen.** Bei Verletzung der Vena femoralis dicht unterhalb des Poupart'schen Bundes ist nach Dr. Fränkel auch ohne Bestehen einer nennenswerten Blutung die operative Aufklärung der Wundverhältnisse geboten, wenn die anatomische Lage den Verdacht einer Verletzung der grossen Gefässstämme aufkommen lässt; zumal dann, wenn dieser Verdacht durch die anamnestische Angabe einer anfänglichen Blutung oder die Zeichen der acuten Anämie gestützt wird. Bei Verletzung der Vena femoralis communis ist eine Verschliessung der Gefässwunde mit Erhaltung des Gefässlumens anzustreben. In erster Linie kommt die Venennaht in Frage; nur bei gequetschten Wundrändern würde die seitliche Abklemmung mit Liegenlassen der Klemmen an Stelle der Naht einzutreten haben. Beide Methoden sind nur anzuwenden, wenn ein aseptischer Wundverlauf zu erwarten ist. Ist eine Verschliessung der Venenwunde mit Erhaltung des Gefässlumens nicht angängig, so ist die doppelte Unterbindung der Vene mit eventueller Resection des dazwischenliegenden Stückes das einzige in Betracht kommende Verfahren. Die baldige Ausbildung eines genügenden Collateralkreislaufes nach Ligatur oder Resection der Vena femoralis communis wird am zweckmässigsten befördert durch Beseitigung der Blutextravasate in der Umgebung der Vene, durch Stärkung der Herzthätigkeit und Beförderung des venösen Abflusses aus dem Gliede. In letz-

Digitized by Google

terer Hinsicht ist eine beträchtliche Hochstellung des Bettfussendes das zweckmässigste Verfahren.

Prof. Küttner (Tübingen) teilt die Erfahrungen, die er im griechisch-türkischen Kriege (unter Nasse) und im südafrikanischen Kriege als Leiter der Kriegslazarethe gesammelt hat. In letzterem fanden sich entsprechend der Art des Kampfes bei den Buren, die in festen Stellungen lagen, mehr Verletzungen der oberen Extremitäten, bei den Engländern, welche über freie Partien angriffsweise vorgingen mehr Verletzungen der unteren Extremitäten. Die Vorteile des Mantelgeschosses liegen in dem kleinen Kaliber, der grösseren Haltbarkeit, der stärkeren Durchschlagskraft, andererseits resultiren aus letzter Eigenschaft Zunahme von Gefäss- und Nervenzerreissungen, da diese nicht mehr, wie früher, ausweichen können. Für die Behandlung der Gefässverletzung wäre die Naht das Zweckmässigste, da Unterbindungen schlechte Resultate ergeben. Nerven sind primär nicht operativ zu behandeln, da die Lähmungserscheinungen häufig spontan zurückgehen, der Nerv nur angerissen, nicht durchtrennt ist, und schliesslich die durch Operation entstehende Narbe Druckgefahr in sich birgt. Secundäre Operationen dagegen haben häufig durch Narbenauslösung und Freilegung der Narben die Function wieder hergestellt. Die Heilerfolge sind wesentlich bessere, als in früheren Kriegen, und Küttner führt dies einmal auf das veränderte Geschoss zurück und zweitens auf die veränderte „aseptische" Behandlung. Küttner empfiehlt zum ersten Verbande, der über das Schicksal des Verletzten entscheidet, die Bruns'sche Wundpaste (Zinntube mit Xeroform).

Dr. Sthamer war vom Anfang Mai bis Mitte August 1900 als Mitglied einer der Expeditionen vom roten Kreuz auf dem südafrikanischen Kriegsschauplatze teils im Felde, teils in den Hospitälern als Arzt thätig und berichtet kurz über die von ihm gemachten kriegschirurgischen Erfahrungen. Was zunächst die Prognose der Schussverletzungen der Knochen und Gelenke anlangt, hängt diese nach Autor in erster Linie von der Vermeidung der Infection ab. Die Behandlung ist dabei extrem conservativ; primäre Gelenksresectionen wurden überhaupt nicht vorgenommen. Im Allgemeinen ist die Schusswunde primär als nicht inficirt zu betrachten, es handelt sich für den Arzt vor allem darum, eine secundäre Infection zu verhüten: es hat jedes Sondiren und jede unnötige Manipulation an der Wunde zu unterbleiben, ein aseptischer Verband schliesst die Wunde gegen jede Berührung von aussen ab; dabei ist es meist gleichgiltig, ob das Geschoss in der Wunde stecken bleibt oder nicht; es kann ohne Schaden einheilen, sobald eine Infection ausbleibt. Grössere Haut- und Weichteilwunden durch Nahschüsse, Artilleriegeschosse etc. sind von vornherein als inficirt zu betrachten. Trotzdem ist von antiseptischer Spülung und Reinigung der Wunde abzusehen, weil diese die Wunde mit Sicherheit nicht reinigt, im Gegenteil möglicherweise Infectionserreger in die Tiefe bringt und das Gewebe schädigt. Aus diesen Gründen hat Verfasser selbst im Lazareth die unmittelbare Umgebung frischer Schusswunden gar nicht und die weitere Umgebung nur soweit gereinigt, als nötig war, um die Heftpflasterstreifen zur Fixirung der Wundbedeckung anlegen zu können. Grobe oberflächliche Verunreinigungen der Wunde werden natürlich entfernt. Bei notwendig werdender Operation an frischen Schusswunden empfiehlt es sich, entweder den Schusscanal völlig zu vermeiden oder wenigstens die Hauptschusswunde zu umschneiden. Wegen der Gefahr der Tiefeninfection ist auch die primäre Drainage zu verwerfen. Der Verband selbst muss fähig sein, die Wundsecrete aufzunehmen und die aufgenommene Flüssigkeit durch Verdunsten wieder abzugeben. Daher ist ein wasserdichter Abfluss nach aussen fehlerhaft. Die Beobachtungen des Verfassers bezüglich der Bauchschüsse stimmen mit denen der übrigen Beobachter überein. Ein verhältnissmässig grosser Procentsatz von Bauchschüssen ging im Hospital in Genesung aus. Ein Patient mit perforirendem Bauchschuss, bei dem die Niere getroffen war, wurde nach 14 Tagen geheilt entlassen. Ein anderer Fall war complicirt

Digitized by Google

durch eine Wirbelsäulenverletzung. Darmsymptome fehlten. Es erfolgte glatte Heilung, obwohl eine Verletzung des Colons angenommen werden musste. Eine primäre Laparotomie kommt bei Bauchschüssen in Kriegen schon aus äusseren Gründen fast nie in Frage. Eine absolute Indication für die Laparotomie bildet natürlich eine innere Blutung, doch wird man auch hier aus äusseren Gründen oft auf sie verzichten müssen. Verfasser nimmt die Gesammtmortalität der sämmtlichen Bauchschüsse im Kriege auf 70 bis 75% an; das Ergebniss aus den Lazarethen ist daher ein besseres, weil hierher nur diejenigen lebend gelangen, die wegen der Natur ihrer Verletzung von vornherein eine bessere Prognose bieten.

Dr. Petersen stellt für die Behandlung von Schussverletzungen des Abdomens im Frieden folgende Grundsätze auf: Bei jedem Bauchschuss ist bei dringendem Verdacht auf Perforation die sofortige Operation unbedingt notwendig. Da in der ersten Zeit die Diagnose meist unsicher ist, da zugleich mit jeder Stunde des Abwartens die Prognose der Operation ungünstiger wird, so ist jedes Abwarten gefährlicher, als die Probeincision. Abwartende Behandlung kann jedenfalls nur gestattet sein unter dauernder sachgemässer Aufsicht.

Dr. Watten (Lodz) teilt einen Fall von Stichverletzung des Herzens mit, welcher durch die Naht geheilt wurde.

Ueber die Verletzung der Vena femoralis communis am Poupart'schen Bande und deren Behandlung von Dr. Fränkel (Beitr. z. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft). — Prof. Küttner über Schusswunden an den Extremitäten (Med. Woche Nr. 46). — Erfahrungen aus dem Burenkrieg über Schussverletzungen und Asepsis von Dr. Sthamer (Münchener med. Wochenschr. — Oest.-ung. Centralbl. Nr. 10). — Zur Behandlung der Bauchschüsse von Dr. Petersen (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Zur operativen Behandlung der Stichverletzungen des Herzens von Dr. Watten (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37).

**Vioform.** Das Vioform ist seiner chemischen Constitution nach als Jodchlorooxychinolin zu bezeichnen; es ist vollkommen neutral, von gelblicher Farbe und geruchlos. Dr. Krecke (München) versuchte das Mittel in seiner chirurgischen Praxis in ausgedehntem Maasse. Es kam überall da zur Anwendung, wo eine Tamponade indicirt war, und zwar fast ausschliesslich in Form der Vioformgaze. Diese wurde in der Weise hergestellt, dass 50 g Vioform mit 200 g Glycerin, 200 g sterilisirtem Wasser und 100 g Alkohol zu einer Emulsion verrührt wurden, und dass mit dieser die vorher sterilisirte Gaze imprägnirt wurde. Verfasser wandte das Vioform sowohl bei grossen Operationen, wie auch bei zahlreichen eitrigen Processen (Panaritien, Phlegmonen, Furunkeln etc.) an, endlich bei Ulcus cruris als Streupulver. Ueberall wirkte das Vioform vorzüglich. Besonders hebt Autor hervor, dass sowohl allgemeine als örtliche Nebenwirkungen niemals beobachtet wurden; z. B. wurde nie die Spur eines Ekzems beobachtet. Nur zu Injectionen in tuberculöse Gelenke als Glycerinemulsion scheint es nicht geeignet, weil es subcutane Eiterungen hervorruft, wie Verfasser auch in einem Falle erlebte. Abgesehen hiervon sieht Krecke das Vioform als vollwertigen Jodoformersatz an, als welchen es sich auch wegen seiner völligen Geruchslosigkeit empfiehlt.

Ueber Vioform von Dr. Krecke (Münchener med. Wochenschr. Nr. 33).

# W.

**Wanderniere.** Dr. Chevalier unterscheidet drei Arten von Wanderniere: 1. schmerzhafte, 2. mit vorwiegend nervösen Erscheinungen, 3. mit dyspeptischen Störungen. Die operativen Erfolge bei Wandernieren mit digestiven Störungen sind minder günstig, als die bei schmerzhaften. Die ungünstigsten

Digitized by Google

operativen Resultate werden bei Wandernieren mit nervösen Störungen erzielt. Am meisten zufriedenstellend vom chirurgischen Standpunkte ist die Behandlung der schmerzhaften Wandernieren. Bei dieser Form wurden etwa 88% Heilungen erzielt. Jedenfalls ist bei allen drei Formen die orthopädische Behandlung zu versuchen; erst wenn die misslingt, dann ist die Nephropexie am Platze. Die Mortalität bei Nephropexie beträgt 1—3%. Oft wird die Operation aus socialen Gründen, wie z. B. bei schwer arbeitenden Frauen, ausgeführt. Bestehen neben der Wanderniere Complicationen, die auf diese zurückzuführen sind, so ist die Indication für die Operation gegeben; so z. B. bei Hämaturie. Bei Pyolenephritis oder Pyonephrose ist die Behandlung dieselbe, wie wenn es sich nicht um eine Wanderniere handeln würde. Bei intermittirender Hydronephrose ist die Operation angezeigt, wenn keine Contraindication besteht. Vor der Operation muss der Urin aus jeder Niere separat durch den Uretheren-Catheterismus gewonnen und untersucht werden. Die Operation muss a froid stattfinden. Im Principe ist bei intermittirender Hydronephrose die Nephropexie zu empfehlen. Genügt aber diese nicht, dann muss man den Sack entleeren, eventuell noch andere ergänzende Operationen anschliessen. Contraindicationen des operativen Verfahrens sind: hohes Alter des Patienten, schlechtes Allgemeinbefinden, organische Affection, Diabetes und echte Albuminurie. Geistes- oder Nervenkrankheiten bilden keine absolute Gegenanzeige.

Statt „Wanderniere" gebraucht Dr. Goelet den Ausdruck „Prolapsniere" weil er ihm bezeichnender erscheint. Geheilt kann nach Autor der Prolaps nur durch Fixation mit Nähten werden. Die Indication zur Operation ergeben ausreichende Unbequemlichkeit oder Gesundheitsstörungen verursachende Symptome. Absolut notwendig ist die Operation, wenn acute Schmerzanfälle eine Obstruction oder Strangulation des Ureters kund thun. Die Operation ist leicht, nicht verstümmelnd und sehr dankbar. Sie besteht in Incision in der Lumbalgegend durch Haut und Fett, Trennung der Muskeln in der Faserrichtung, Hervorziehen der Fettkapsel der Niere. Nachdem diese eröffnet ist, wird die Niere nach oben in die Wunde gedrängt und durch Nähte fixirt. Eine sorgfältige Vorbereitung ist nötig, um die primäre Vereinigung nicht durch Erbrechen in Folge der Narkose und dergl. zu hindern. Bei der Operation liegt Patient mit gebeugter unterer Extremität auf der linken Seite; zwischen unterem Rippenrand und Becken liegt eine dicke Rolle. Die bei der Incision durchschnittenen Gefässe sind nur klein und erfordern selten Compression oder Ligatur. Die Muskeln werden stumpf durchtrennt, die Fettkapsel wird von oben an in der Ausdehnung der Incision gespalten und die Niere so weit hervorgezogen, dass ihr unterer Rand im unteren Wundwinkel liegt. Dann werden zwei Silkwormsuturen durch die untere Hälfte der Nierensubstanz gelegt und nach oben zu an beiden Längsrändern der Niere entlang am oberen Wundwinkel durch Musculatur und Haut geführt. In den unteren Wundwinkel werden sterile Tupfer gelegt, alles mit reichlicher Gaze bedeckt und ein abschliessender Verband mit Polsterung auf der rechten Seite angelegt. Patientin muss drei Wochen zu Bett liegen, die Gaze wird am dritten oder vierten Tag gewechselt, die Nähte werden am Ende der zweiten Woche entfernt. Patientin muss im Bett ständig die Rückenlage einnehmen. Zwei bis drei Monate lang muss eine Stütze getragen und ein Jahr lang jede Anstrengung vermieden werden.

Die chirurgische Behandlung der Wanderniere von Dr. Chevalier (La méd. mod. — Wiener med. Blätter Nr. 51). — Diagnose und chirurgische Behandlung des Nierenprolapses nebst einer einfachen Untersuchungsmethode zu seiner Erkennung von Dr. Goelet (Med. Rec. — Oest.-ung. Centralblatt Nr. 18).

**Wasserstoffsuperoxyd.** Dr. Kokkoris (Athen) hat das Wasserstoffsuperoxyd in verschiedenen chiurgischen Fällen angewendet; bei Carbunkel, Bubonen, Drüsentuberculosen und anderen oberflächlichen tuberculösen Herden, Knochennekrosen. Nach dem angezeigten operativen Eingriffe (Spaltung, Auskratzung etc.) wurde die Wunde mit in Wasserstoffsuper-

Digitized by Google

oxyd (12 Volumen) getauchten Tampons ausgerieben und durch mit derselben Substanz imprägnirter Gaze tamponirt. Die Heilung trat jedesmal ungewöhnlich rasch ein. Geradezu erstaunlich war aber der Erfolg bei einem Falle von sehr schwerer Schrotschussverletzung des Gesichtes mit hochgradigen septischen Erscheinungen. Durch Anwendung des Wasserstoffsuperoxyds reinigte sich die grosse jauchige Wunde in kürzester Frist und hörten die bedrohlichen Resorptionserscheinungen auf. Verfasser glaubt, dass Wasserstoffsuperoxyd nicht bloss eine sehr starke antiseptische Fähigkeit besitzt, sondern auch die Gewebe anregt, stärkt und so geht der Heilungsprocess rascher von statten. Sie kann bei verschiedenen Indicationen in der Chirurgie Anwendung finden und von grösstem Nutzen sein; sie verdient daher eine grössere Verbreitung, als es jetzt der Fall ist.

Um die Schmerzen bei Abnahme von Gazeverbänden, bei denen die Vereinigung mit den unterliegenden Geweben oft sehr innig ist, zu lindern, haben Dr. Mikulicz und Dr. Poncet (Lyon) kleine Mengen von Wasserstoffsuperoxyd auf die Wundränder langsam aufgeträufelt, während ein leichter Zug mit der Hand auf den Verbandstoff ausgeübt und mit den Fingern der anderen Hand die darunter liegenden Gewebe abgelöst werden Eine vollständige Durchfeuchtung des Verbandes mit dem Wasserstoffsuperoxyd ist notwendig. Bei letzterem Vorgange sieht man häufig Sauerstoffblasen aufsteigen, welche sich zwischen Verband und Gewebe eindrängen und die Entfernung des Gazestoffes erleichtern.

Dr. Kokkoris über die Anwendung des Wasserstoffsuperoxydes in der Chirurgie auf dem griechischen Aerztecongresse zu Athen (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28). — Ueber die Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd zur Entfernung festhaftender Verbände von DDr. Mikulicz und Dr. Poncet (Le Scalpel. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26).

**Wärmebehandlung.** Praktisch genommen sind die elektrischen Lichtbäder, wie Dr. Salomon ausführt, reinliche, schnell wirkende Schwitzbäder mit dem Nachteile des grossen Preises und der Abhängigkeit vom Vorhandensein einer elektrischen Leitung gegenüber den alten Schwitzbetten. Eine erhebliche specifische Wirkung auf den Stoffwechsel ist nicht nachweisbar, der mit ihrer Erfindung gemachte Fortschritt ist ein technischer, kein principieller. Der Platz für Schwitz- und Lichtbäder ist vor Allem der in der Therapie, wo man Flüssigkeitsentlastung (Ascites), beziehungsweise Ausscheidung giftiger Substanzen aus dem Körper und Anregung des Blut- und Säftestromes erzielen will. Bei dem Mangel einer Nachwirkung genügt die durch sie verursachte Steigerung des Stoffwechsels nicht, um manche Constitutionsanomalien, z. B. Fettsucht, zu beeinflussen. Zur Verbrennung von 1 g Fett bedarf es 2,01 l Sauerstoff. Bei einem sehr wirksamen Lichtbade von 144 Minuten beträgt der Sauerstoffverbrauch höchstens 7,02 l, was einer Oxydation von nur 3½ g Fett gleichkommen würde.

Prof. Schreiber (Königsberg) hat durch Temperaturmessungen im Krauseschen Apparat mit gleichzeitig an verschiedenen Stellen angebrachten Maximalthermometern festgestellt, dass die Wärmeverteilung im Innern desselben eine vollständig ungleichmässige ist, insoferne kraft des Gesetzes der Wärmeverbreitung die Luft mit Zunahme ihrer Wärme sich ausdehnt und den oberen Raumschichten zustrebt, während gleichzeitig in unteren Schichten bei Weitem niedrigere Temperaturen herrschen. Eine Messung der Temperatur mittels des an der oberen Wand angebrachten Apparatthermometers mit dem Resultate 100—150° beweist also nicht die Toleranz des im Innern befindlichen Körperteils gegen die gleich hohe Temperatur. Hinsichtlich der therapeutischen Wirkung der Heissluftbehandlung, als deren Anhänger sich Schreiber, gestützt auf seine praktischen Erfahrungen, bekennt, können zwei Factoren in Betracht kommen: die Hyperhydrosis und die Hyperämie. Während die Schweisssecretion schon durch geringere Hitzegrade angeregt und unterhalten wird (40—80°), entsteht die congestive Röte der Haut oft erst bei höheren Tem-

Digitized by Google

peraturen, bei denen die Schweisssecretion nachlässt oder gar nicht in die Erscheinung tritt.

Dr. Krebs hat an der neuen hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin die Wirkung der elektrischen Lichtkastenbäder, sowie der Heissluftkasten studirt, wobei er zu folgenden Ergebnissen gelangte. 1. In elektrischen (weissen) Glühlichtbädern schwitzen die meisten Patienten unter gleichen Verhältnissen eher und bei niedrigerer Temperatur als bei anderen Schwitzproceduren. 2. Diesen Erfolg verdanken diese Bäder vor Allem den Wärmestrahlen des elektrischen Glühlichtes. 3. Elektrische Bogenlichtbäder in Kästen erscheinen zu einer Schwitzcur weniger geeignet. 4. Bei längerem Verweilen (20 bis 25 Minuten) in den Glühlichtbädern und nach energischem Schwitzen in ihnen steigt die Pulsfrequenz ziemlich bedeutend und sinkt der Blutdruck in den meisten Fällen — gleich wie in den Heissluftkästen. 5. Für Kranke mit organischen Herzfehlern u. s. w. sind die elektrischen Glühlichtbäder keine gefahrlosen Schwitzbäder. 6 Die Construction der meisten Glühlicht- und Heissluftkästen erscheint wegen der ungleichmässigen Erwärmung und fehlerhaften Thermometrie keineswegs einwandfrei und bedarf zu einer genauen Beobachtung ihrer Wirkung der Verbesserung.

Dr. Neumann hatte Gelegenheit, den Tallermann'schen Apparat in 70 Fällen von Ischias und Lumbago, in 35 Fällen von Arthritis deformans, in verschiedenen Fällen von geheilten Knochenbrüchen mit Circulationsstörungen, schweren Quetschungen des Beckens und der Wirbelsäule, schmerzhaften Narben und Gewebsverwachsungen nach Schusswunden, in drei Fällen von Sclerodermie, einem Falle von Myxödem und mehrfach bei entzündlichem Plattfuss anzuwenden. Im Allgemeinen wurden gute Erfolge erzielt.

An Prof. Ewald's Abteilung wurde der Tallermann'sche Apparat, wie Dr. Zimmermann mitteilt, in ca. 100 Fällen erprobt. Die hohen Temperaturen bis 150° C. wurden von den Patienten durchwegs, selbst bei leichten Herzaffectionen (inclusive Myocarditis) und Gefässverkalkung geringeren Grades, ohne besondere Beschwerden ertragen. Ausnahmsweise traten leicht umschriebene Hautverbrennungen ein, und zwar nur dann, wenn die Glieder vorher eingefettet worden waren. Späterhin wurden die Extremitäten durch Abseifen und Abreiben mit Aether gründlich entfettet. 40 Fälle wurden ausschliesslich mit Tallermann behandelt, darunter acht Fälle von hartnäckigem acuten Gelenksrheumatismus; sie liessen alle eine entschiedene Besserung erkennen. Zum Teile günstige Erfolge wurden bei zehn Fällen von recidivirendem Gelenksrheumatismus constatirt, in drei Fällen wurde eine nach medicamentöser Behandlung restirende hartnäckige Fixation bald beseitigt. In zwölf Fällen von Arthritis deformans brachte die Behandlung angeblich Erleichterung, doch waren und blieben die Kranken nicht schmerzfrei. Zwei Fälle von Ischias wurden nach fünf, beziehungsweise sieben Sitzungen „geheilt" entlassen, drei weitere Fälle liessen keinen rechten Erfolg erkennen. Bei drei Fällen von entzündlichem Plattfuss nahm die Schwellung und Schmerzhaftigkeit bald ab. Die gewonnenen Resultate lassen sich nach Verfasser dahin zusammenfassen, dass die Heissluftbehandlung zwar nicht in allen Fällen einen Erfolg erzielt, dass aber doch in einer Reihe hartnäckiger Erkrankungen eine unzweifelhafte Besserung auf Rechnung dieses Verfahrens zu setzen ist. Der Apparat ist bei Gasheizung leicht zu verwenden, gut transportabel, reinlich, der Betrieb feuersicher.

Auf der Universitätsklinik des Prof. v. Leyden in Berlin werden zur Behandlung mit trockener Hitze die Lindemann'schen Apparate angewendet, deren Wärmequelle durch den elektrischen Strom geliefert wird. Dieselben zeichnen sich durch Sauberkeit der Anwendung, rasche und bequeme Erwärmung und leichte Regulirbarkeit der Wärme aus. Zur Behandlung einzelner Extremitäten dient der Lindemann'sche locale Elektrotherm, für den ganzen Körper dient ein grösserer Apparat. Zur directen Application der trockenen Hitze werden Elektro-

Digitized by Google

therm-Compressen angewendet. Dr. Laqueur berichtet über die günstigen Erfolge, die mit diesen Apparaten bei subacuten und chronisch verlaufenden Fällen von Gelenkrheumatismus, bei gonorrhoischen Gelenkaffectionen, Arthritis deformans, bei gichtischen Gelenkerkrankungen, Neuralgien, Muskelschmerzen, hysterischen Myalgien, Chlorose und Fettleibigkeit erzielt wurden.

Dr. Ritter hat durch Anwendung heisser Luft mit Hilfe des Bier'schen Heissluftapparates in einer Reihe von Erfrierungsfällen meist chronischer Art sehr gute Resultate erzielt. In schnellster Zeit trat bei allen ein Nachlass der Schwellung auf. Die Blasen trockneten ein und die entstehenden Borken lösten sich in kurzer Zeit. Die Beweglichkeit in den erfrorenen Gliedern kehrte oft nach einer einmaligen Heissluftbehandlung zurück. Die Geschwüre verkleinerten sich von Tag zu Tag. Die Heilungsdauer betrug im Allgemeinen 6—20 Tage bei täglicher $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde langer Anwendung. Man kann diese Art der Behandlung am ehesten in eine Reihe stellen mit der Massage, dem Sehnenreiben und Mitteln, wie Jodtinctur, Alkohol u. s. w., die ja bekanntlich alle eine active Hyperämie hervorrufen. Nur ist die heisse Luft ungleich wirksamer, da die Hyperämie, die den Haupttheilfactor nach Bier darstellt, viel mächtiger auftritt; zugleich ist sie weniger schädlich für die Gewebe als manche jener Mittel.

Dr. Tarabrin wandte an 18 Patienten strahlende Wärme, erzeugt durch den bis ans Rotglühen erhitzten Pacquelin'schen Brennapparat, mit glänzendem therapeutischen Effect an. Sein Krankenmaterial betrifft elf Fälle von Ulcus molle, vier mit Bubonen, zwei Ulcera inveterata, einen Fall von schwieligem Geschwür. Verfasser bedient sich eines dicken Ansatzstückes, das er dem Geschwüre zuerst auf 5—6 cm nähert, um dann die Entfernung auf 3—2 cm zu reduciren, bis ein leichtes, gut zu ertragendes Brenngefühl eintritt; dann rückt man wieder bis auf 4—5 cm weg. Die Sitzung dürfte 2—5 Minuten betragen. Je brandiger das Geschwür, desto weniger empfindlich ist es, man nähere dann den Pacquelin bis auf 2 cm; erst nach der zweiten oder dritten Sitzung, wenn sich das Geschwür gereinigt hat, empfindet der Patient dabei Schmerz, so dass man weiter fortrücken muss. Vor der Sitzung soll das Geschwür gesäubert und getrocknet werden, nach derselben schütte man irgend ein indifferentes Pulver darauf und schütze es durch Watte und einen Verband. Die Vernarbung und Heilung trat in auffallend kurzer Zeit ein, wie es Verfasser bei keiner Behandlung sonst je beobachtet hatte, und zwar beim einfachen weichen Schanker nach 2 bis 5 Sitzungen, bei Bubonen nach 9 bis 15, bei inveterirten Geschwüren nach 11 und 16 Sitzungen und bei einem bereits 14 Monate bestehenden schwieligen Geschwüre nach 19 Sitzungen. Keinerlei Nebenerscheinungen unangenehmer Art wurden bemerkt.

Dr. Löwy (Wien) hat die von Herz angegebenen heissen Kohlensäuredouchen bei Affectionen der Muskeln, Gelenke und Sehnenscheiden, rheumatischer und traumatischer Natur und bei Neuritiden peripherer Nervenstämme mit Erfolg angewendet. Das Verfahren, welches insbesondere schmerzstillenden Effect hat, wird zweckmässig mit Massage combinirt und hat häufig dort Erfolg, wo andere therapeutische Eingriffe nicht vertragen werden (Neuralgien).

Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Vaporisation des Uterus stellte Dr. Fuchs (Kiel) an. Dieselben bezogen sich auf die Ermittelung der Temperaturhöhe des Dampfes im Uteruscavum, und wurde diese um ca. 20—30° C. niedriger als die Kesseltemperatur von 117—118° gefunden. Verfasser verwendete ausschliesslich den Dührssen'schen Vaporisator, bei welchem ein Rohr aus Celluvert das metallene Dampfzuleitungsrohr ganz umschliesst und daher die strahlende Hitze an dem im Uterus liegenden Teil völlig ausschaltet. Stets Narkose aus Gründen der Schmerzlosigkeit der Cervixdilatation, der genauen Austastung des Uterusinneren, sorgfältiger Palpation der Adnexe, um entzündliche Veränderungen an diesen auszuschliessen, endlich zwecks der stets vorgängigen, mehr oder weniger energischen Abrasio mucosae. Am Abend vor

Digitized by Google

der Operation Tupelostift in die Cervix, zur Erleichterung der Dilatation mit Hegarstiften. Nach der Abrasio sorgfältige Entfernung alles Blutes durch Carbolspülung und des Spülwassers durch Senken des Irrigators, um eine Abschwächung der Dampfwirkung zu verhüten. Verwendet wurde die Vaporisation mit 115—120° durch 20—30 Secunden; ihr anatomischer Effect ist eine Verbrennung ersten und zweiten Grades ohne Zerstörung der für die Schleimhautregeneration notwendigen Drüsenfundi. Grundbedingung einer gleichmässigen Wirkung ist die regelmässige Gestalt des Cavum uteri. Um das ganze Cavum der Dampfeinwirkung zugänglich zu machen, soll man das Schutzrohr nicht höher als 1 cm über den inneren Muttermund führen. Eine Sterilisirung des Uterusinneren ist ebenso wenig möglich als eine directe Abtödtung der Gonokokken, bei Gonorrhoe wird wohl nur eine Zerstörung des Nährbodens (oberflächlicher Schleimhautschichten) erzielt.

Die Vaporisation stellt, wie Dr. Lachmann (Landeck) anführt, eine Bereicherung der gynäkologischen Technik in der Behandlung von hartnäckigen Gebärmutterblutungen dar. Unter diesen eignen sich die klimakterischen und präklimakterischen ganz besonders für Anwendung der Methode. Blutungen jüngerer Frauen und Endometritiden bilden ein weit weniger günstiges Object dafür. Eine Dosirung der Dampfeinwirkung ist in Anbetracht der vielen variablen Factoren, die dabei in Frage kommen, nur sehr unvollkommen möglich. Es ist die Vaporisation als nicht ganz gefahrlos zu bezeichnen und solange nicht anzuwenden, als voraussichtlich mit milderen Mitteln ein Erfolg erzielt werden kann. Anderseits wird stets erst ein Versuch mit der Vaporisation zu machen sein, bevor man sich entschliesst, wegen Blutungen die Totalexstirpation vorzunehmen.

Dr. Pincus widerlegt einige Einwände, die gegen die Zestokausis erhoben worden sind. Stricturen, von denen Pincus selbst fünf Fälle erlebte, lassen sich vermeiden, wenn man bis zur Abheilung Jodoformgaze in den Cervixcanal legt. Auch die Exsudatbildung soll sich bei vorsichtiger Ausführung der Operation vermeiden lassen; besonders soll man sofort aufhören, wenn Schmerzen auftreten. Besonders bewährt hat sich die Zestokausis bei Cervixgonorrhoe, Erosionen, Behandlung von Fistelgängen und parenchymatösen Blutungen.

Ueber die Wirkung der Heissluftbäder und elektrischen Lichtbäder von Dr. Salomon (Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther. — Wiener klin. Wochenschr. Nr. 35). — Ueber Heissluftapparate und Heissluftbehandlung von Prof. Schreiber (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 26). — Schwitzen in elektrischen Licht- und Heissluftkästen von Dr. Krebs (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40). — Der Tallermann'sche Apparat von Dr. Neumann (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 6). — Ueber Erfahrungen mit dem Tallermann'schen Apparate von Dr. Zimmermann (Berliner klin. Wochenschr. — Wien. klin. Wochenschr. Nr. 11). — Ueber Elektrothermbehandlung von Dr. Laqueur (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 7. Heft). — Die Behandlung der Erfrierungen von Dr. Ritter (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Ther. Monatsh. 3. Heft). — Zur Behandlung der Geschwüre mit strahlender Wärme von Dr. Tarabrin (Wratsch. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 6. Heft). — Ueber die therapeutische Anwendung erbitzten Kohlensäuregases von Dr. Löwy (Wiener med. Presse Nr. 14). — Experimentelle und klinische Beiträge zur Vaporisation des Uterus von Dr. Fuchs (Münch. med. Wochenschr. — Prager med. Wochenschr. Nr. 48). — Die Vaporisation des Uterus von Dr. Lachmann (Münchener med. Wochenschr. Nr. 23). — Zur Zestokausis und Anderes von Dr. Pincus (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 34).

**Wundbehandlung.** Bezüglich der Wundbehandlung im Kriege stellt Prof. v. Bergmann (Berlin) folgende Maximen auf. 1. Absolutes Trockenlegen und Trockenhalten der Wunde, da nur in trockenen Verbandstoffen die Bakterien sich nicht weiter entwickeln. 2. Möglichst exacte Dauerverbände, da der Verbandwechsel im Kriege schwierig ist und die Möglichkeit einer Secundärinfection vergrössert. Eine Verletzung im Felde wird ohne Reinigung der Umgebung mit sterilen Verbandstoffen zu bedecken sein. Empfohlen ist der Alkoholverband, der desinficirend wirkt, die Umgebung selbstthätig reinigt und beim Verdunsten dem Secret Feuchtigkeit entzieht und so eintrocknend wirkt. Jedoch kommt man ohne denselben ebenso aus, wie ohne Imprägnirung der Verbandstoffe. Selbst schmutzige, gebrauchte Verbandstoffe sind,

Digitized by Google

sterilisirt, im Notfalle wieder zu benutzen. v. Bergmann gibt der Hoffnung Ausdruck, dass durch Anwendung dieser Grundsätze die Versorgung der Kranken erleichtert werden wird, so dass die Heilungserfolge bessere sein werden.

Septische Wunden und Eiterungsprocesse empfiehlt Dr. Honsell mit reiner Carbolsäure zu behandeln. Die Technik ist folgende: Nach vorheriger mechanischer Reinigung der Wunde, Excochleation, eventuell Excision von Teilen derselben wurde die Umgebung der Wunde reichlich mit Alkohol benetzt, weil der absolute Alkohol am besten vor Verätzung der Epidermis durch die überfliessende Carbolsäure schützt. Eine gewisse Menge concentrirter Carbolsäure (höchstens 6 g) wird in ein Schälchen gegossen und mittels Tupfern auf die Wunde aufgetragen. Die Dauer der Einwirkung soll circa eine Minute betragen, dann folgt eine sorgfältige Ausspülung der Höhle mit Alkohol, absolutus, weil derselbe die Carbolsäure dem Gewebe besser entzieht als andere Flüssigkeiten. Zum Schlusse wird die Wunde entweder mit steriler Gaze oder Jodoformgaze austamponirt. Die so behandelten Wunden sind nicht schmerzhafter als sonst, es scheint sogar im Gegenteil die Carbolsäure eine anästhesirende Wirkung auszuüben. Als besonderer Vorteil dieser Behandlung wird hervorgehoben, dass die Secretion der Wunden, so lange der Verband lag, eine äusserst geringe war, und dass kein einziges Mal eine Eiterretention unter dem Schorfe beobachtet wurde. In Folge dessen konnte man dem Patienten den täglichen, schmerzhaften Verbandwechsel ersparen, die Wunde kam eher zur Ruhe; der Verband konnte 4—6 Tage liegen bleiben. Die Methode hat sich ausser bei inficirten Wunden, noch bei ausgedehnten Phlegmonen, Furunkeln, Parasiten und heissem Abscess sehr gut bewährt und wird als vorteilhaftes Unterstützungsmittel der physikalischen Maassnahmen vom Verfasser empfohlen.

Prof. Beck (New-York) schlägt zur Behandlung inficirter Wunden die reine Jodtinctur vor, von der er sehr gute Tiefendesinfection bekommen hat. Ueble Nebenwirkungen hat er selbst bei ausgiebigster Anwendung nicht gesehen.

Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen vertritt Dr. Fränkel (Wien) die Anschauung, dass das eigentlich Wirksame der Jodoformwirkung keine specifische, keine chemische Wirkung darstelle, sondern dass hiebei dem mechanischen Momente und dem Einflusse des Pulvers als solchem auf das Gewebe die Hauptrolle zufalle. Durch die hiebei hervorgerufene Gewebsproliferation kommen auch indirect bactericide Einflüsse in Betracht. Er hat deshalb bei der Wundbehandlung nach Operationen wegen localer Tuberculose das Jodoform durch Carbo ossium purissimus sterilisatus ersetzt Angewendet wurde die Knochenkohle entweder in Glycerinemulsion, oder als reines Pulver, mit welchem nach vorheriger sorgfältiger Blutstillung die Wundflächen verrieben wurden, oder endlich als lockere Knochenkohlengaze · Tamponade. Die auf diese Weise erzielten Resultate sind jenen bei Jodoformanwendung gleichwertig. Am günstigsten gestaltete sich der Verlauf nach Operationen wegen geschlossenen, von unveränderter Haut bedeckten kalten Abcessen und Knochen- und Gelenktuberculose, wo nach vollständiger Ausräumung des tuberculösen Gewebes und Carbonisirung der ganzen Wundfläche eine dichte Hautnaht angelegt werden konnte. In solchen Fällen war fast durchaus fieberloser Verlauf und prima intentio zu beobachten. Ebenso verliefen auch jene Fälle durchaus günstig, wo von vornherein wegen ausgedehnter Miterkrankung der Haut auf die Naht verzichtet wurde und mit Tamponade mit steriler Kohlengaze behandelt wurde. Ungünstigeren Verlauf wiesen nur jene Fälle auf, wo die Hautnaht unter starker Spannung angelegt wurde, die Nähte in Folge dessen secundär durchschnitten und aufgingen. Diese Gruppe zeigte auch öfters fieberhaften Verlauf. Die Recidiven halten sich bei dieser Behandlungsart in denselben Grenzen, wie bei der Jodoformtherapie.

Zur Verhinderung von Stichcanaleiterungen wird von Dr. Honsell die modificirte v. Bruns'sche Airolpaste

Digitized by Google

empfohlen, die nachfolgender Formel hergestellt wird:

Rp. Airol 5,0
Mucil. Gummi arab.
Glycerini āā 10,0
Bol. alb. qu. s.
ut f. pasta mollis.

Die Paste ist leicht zersetzbar und darf daher nicht unnötigerweise lange offen stehen oder dem Lichte ausgesetzt sein. Bei Berührung mit Wasser zersetzt sich die Paste ebenfalls. Der Verband wird so angelegt, dass die genähte Wunde mit der Paste bedeckt wird, darüber wird ein Stück hydrophiler Gaze und ein Stück Watta mit Heftpflaster befestigt.

Dr. Haegler (Basel) ist nach seinen Untersuchungen der Ueberzeugung, dass, wo eine Catguteiterung auftritt, auch eine inficirte Wunde vorgelegen hat. Es ist der Seide stets vorzuziehen. Für versenkte Nähte ist wohl der Silkworm das beste Material, allein er ist zu spröde. Auch die imprägnirten Materialien (Celluloidzwirn etc.) sind nicht besser als die anderen. Am besten wären noch mit Paraffin oder Wachs imprägnirte Fäden.

Tendonzwirn in auskochbarer Verpackung, der von der Firma Ewens & Pistor in Cassel hergestellt wird, empfiehlt Dr. Kuhn. Der Zwirn ist stark und schwer zerreisslich, ist imprägnirt und auf diese Weise wasserdicht und nicht imbibirbar, ist glatt, knäuelt nicht und ist äussert geschmeidig, geschmeidiger wie Seide, ist durch Kochen sterilisirbar wie andere Nahtmaterialien und billiger.

Asepsis und Antisepsis im Kriege von Prof. v. Bergmann (Med Woche Nr. 46). — Ueber die Anwendung reiner Carbolsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen von Dr. Honsell (Beitr. z. klin. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Therl 9. Heft). — Primäre Behandlung inficirter Wunden mit Jodtinctur von Prof. Beck (Med. Rec. — Wiener med. Blätter Nr. 35). — Dr. Fränkel über Wundbehandlung nach Operationen wegen localer Tuberculose auf dem deutschen Chirurgencongresse (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17). — Ueber die Wundbedeckung mit der v. Bruns'schen Airolpaste von Dr. Honsell (Beitr. z. klin. Chir. — Centralbl. f. d. ges. Ther 7. Heft). — Dr. Haegler über Ligatureiterungen auf dem deutschen Chirurgencongresse (Münchener med. Wochenschr. Nr 17). — Tendonzwirn in auskochbarer Verpackung von Dr. Kuhn (Deutsche Praxis Nr. 19).

# Z.

**Zahnkrankheiten.** Als Lokalanaestheticum in der zahnärztlichen Praxis verwendet Dr. Senn (Zürich) statt des Cocaïns:

Acoin 1,0—2,0
Natr. chlorat 0,8
Aqu. dest. 100,0.

Nie hat Autor unangenehme Neben- oder Nachwirkungen beobachtet. Er wählt für einen Zahn mehrere Injectionsstellen, meistens drei labial resp. buccal und drei lingual resp. palatinal, injicirt in jede nur einige Tropfen, wartet nachher höchstens 2—3 Minuten bis zur Extraction. Von einer, gegenüber dem Cocaïn, länger anhaltenden Analgesie hat er nichts bemerken können. Vor Cocaïn hat das Acoin den Vorteil viel geringerer Giftigkeit und besserer Haltbarkeit der Lösung. Diese wird durch directes Licht mässig beeinflusst, ist aber im Dunkeln längere Zeit haltbar. Trolldenier hat Lösungen noch keimfrei gefunden, die drei bis elf Tage in offenen Gefässen gestanden haben. Man kann übrigens ohne Nachtheil die Lösung aufkochen.

Prof. Boennecken (Prag) stellt die Forderung auf, dass man jede Extractionswunde in den ersten 24 Stunden nach der Extraction, wo die Infectionsfähigkeit der Wunde am grössten ist, vor der Berührung mit den Schädlichkeiten der Mundhöhle schützt, was am besten durch die Tamponade der Wunde mit 10—15% Jodoformgaze geschieht. Gleichzeitig erreicht man damit am sichersten eine exacte Blutstillung und ist vor Nachblutungen geschützt. Man muss stets nur so viel Gaze benutzen, dass die Alveole zwar ganz austamponirt wird, aber die Gaze den Zahnfleischrand nicht überragt. Dann wird der Tampon nach keiner

Digitized by Google

Richtung hin als störend empfunden. Diejenigen Fälle, bei welchen gleich bei der Extraction eine Eiterentleerung aus der Alveole erfolgt, werden nicht tamponirt, sondern in der gewöhnlichen Weise mit Spülungen behandelt. Vor der Tamponade kann man übrigens zur Herabsetzung des Nachschmerzes die Wundhöhle mit Orthoform gründlich ausstäuben. Bei Extraction nach acuter Periostitis verordnet man besser für die ersten Nächte 1 g Chloralhydrat. Zu warnen ist bei bestehender Zahnperiostitis vor heissen Cataplasmen, insbesondere vor den so beliebten und auch von Aerzten noch vielfach angeordneten heissen Breiumschlägen auf die Wange. Diese bewirken stets einen raschen Durchbruch der periostalen Eiterung in das lockere Zellgewebe der Wange, und manche entstellende Wangenfistel entspringt jener Verordnung.

Dr. Kóródi erprobte das von Dalma empfohlene Nervocidin, ein neues zahnnerventödtendes Mittel, dessen gute Wirkung er bestätigt. Er ist der Ansicht, dass es das Arsen besonders in der Kinderpraxis verdrängen wird, da es entschieden nicht giftig ist. Die Anwendung geschieht ähnlich wie bei dem Arsen: mit einem Wattebäuschchen wird eine kleine, mit Alkohol oder Zimmtsäure verriebene Menge auf die kranke Pulpa gedrückt und dann die Höhle gut verschlossen, damit die Zunge mit dem Mittel nicht in Berührung gelangt. Geschieht dieses, so entstehen kleine, schnell heilende Geschwüre.

Zum raschen und sicheren Verschlusse der nach Caries und Nekrose zurückbleibenden Knochenhöhlen empfiehlt Dr. Hackmann nach Erfahrungen in der Mosetig-Moorhof'schen Klinik folgende Jodoformplombe:

| | |
|---|---|
| Cetacei | 40,0 |
| Ol. Sesami | 20,0 |
| Jodoform | 60 oder 30. |

Diese Plombe wird in flüssigem Zustande in die Knochenhöhle hineingebracht, sie erstarrt dort und bleibt bei der Temperatur des Körpers starr. Die Plombe ist resorptionsfähig; sie schwindet im Verhältnisse, wie sich aus der osteogenen Substanz dem Periost und Knochenmark neuer Knochen bildet. In den bisherigen Fällen wurde die Plombe durchwegs gut vertragen; die Heilung wurde vielfach abgekürzt.

Acoin als Loalanästheticum in der zahnärztlichen Praxis von Dr. Senn (Schw. Viertelj.-Schr. f. Zahnheilk. — Med. Woche Nr. 47). — Ueber die Nachbehandlung der Zahnextractionswunden von Prof. Boennecken (Prager med. Wochenschr. — Medico Nr. 46). — Nervocidin, ein neues zahnnerventödtendes Mittel von Dr. Kóródi (Orvosok Lapja Nr. 7). — Die Jodoformplombe von Dr. Hackmann (Wiener klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 271. Bd. 8. Heft).

Digitized by Google

# Verzeichniss

der im Anzeigen-Anhang zu Dr. A. Pollatschek's Therapeut. Leistungen empfohlenen

## Medicinischen Präparate, Apparate, Instrumente, Nährmittel, Mineralwässer, Bäder, Sanatorien, Heilanstalten, etc.

Die Seitenzahlen beziehen sich auf die Ankündigungen der betr. Firmen am Schlusse des Bandes.


| | Seite |
|---|---|
| Acetopyrin | 17 |
| Agurin | 32 |
| Alsol | 18 |
| Apparate zur Polarisation | 19. 28 |
| Aqua ferri nervina | 29 |
| Aristol | 32 |
| Aspirin | 32 |
| **Bacteriolog.-Chem.-Microscop. Apparate.** | |
| Paul Altmann, Berlin | 19 |
| Dr. Robert Muencke, Berlin | 28 |
| **Bäder, Curorte und Heilanstalten.** | |
| Dr. Brehmer'sche Heilanstalt, Görbersdorf | 11 |
| Dr. Hemmerich's Heilanstalt, Baden-Baden | 7 |
| Franzensbad | 13 |
| Bad Hall | 5 |
| Karlsbad | 6 |
| Lippspringe | 13 |
| Marienbad | 15 |
| Salzungen | 10 |
| Bad Warmbrunn | 12 |
| Wiesbaden | 4 |
| Bismutose | 16 |
| Bromipin | 20 |
| Brutschränke | 19. 28 |
| Campher-Chloroform | 30 |
| Centrifugen für Kliniker und Bakteriologen | 19. 28 |
| Cerebrinum Poehl | 21 |
| Closet-Anlagen | 8. 9 |
| Desinfections-Apparate | 8 9 |
| Diphtherie Heilserum | 20 |
| Diuretin | 31 |
| Dionin | 20 |
| Dormiol | 16 |
| Eichel-Cacao, Stollwerk | 22 |
| Eisen-Somatose | 32 |
| Ferropyrin | 31 |
| Fleischsolution, Leube-Rosenthal'sche | 21 |
| Formaldehyd | 28 |
| Franzensbad | 13 |
| Guajacol | 28 |
| Bad Hall | 5 |
| Haemogallol | 20 |
| Hämatogen (Dr. Hommel's) | 3 |
| Hämoglobinum Poehl | 21 |
| Hedonal | 32 |
| Heroïn | 32 |
| Hetol und Hetolkresol | 16 |


Digitized by Google

Seite

**Heilanstalten für Lungenkranke.**

Dr. Brehmer'sche Heilanstalt, Görbersdorf 11

Honthic . . . . . 17
Hygiama (Dr. Theinhardt's) . . . . . 24/25

Ichthalbin . . . . . 31
Instrumententische und Schränke . . . . 19. 28
Jodipin . . . . . 20
Jodol . . . . . 16

Kaiser-Friedrich-Quelle, Offenbach . . . 14
Karlsbad . . . . . 6
Kindernahrung, Dr. Theinhardt's . . . . 24/25
Kreosot . . . . . 23

Lenigallol . . . . . 31
Leube-Rosenthal'sche Fleischsolution . . 21
Lippspringe . . . . . 13

Marienbad . . . . . 15
Menthol . . . . . 30
Menthol-Jodol . . . . . 16
Dr. Michaelis' Eichel-Cacao . . . . . 22
Moor-Extracte . . . . . 1
Moorlauge . . . . . 1
Moorsalz . . . . . 1

Offenbacher Wasser . . . . . 14
Organopraeparate Poehl . . . . . 21
Orexin-Tannat . . . . . 16
Ovariinum Poehl . . . . . 21

Seite

Petrosapol . . . . . 17
Petrosulfol . . . . . 17
Protargol . . . . . 32
Puro . . . . . 2
Purgatin . . . . . 31

Quecksilber Vasogen-Salbe . . . . . 30

Salochinin . . . . . 32
Salicyl . . . . . 30
Salophen . . . . . 32
Salzungen . . . . . 10
Serravallo's China-Weine . . . . . 15
Somatose . . . . . 32
Sperminum Poehl . . . . . 21
Sterilisirapparate . . . . . 89
Stypticin . . . . . 20
Syrupus Colae compos. „Hell" . . . . . 17

Tannalbin . . . . . 31
Tannigen . . . . . 32
Tinctura Ferri Athenstaedt . . . . . 18
Triferrin . . . . . 31

Vacuumapparate . . . . . 89
Vasogen . . . . . 30
Vinum Coto-Pepsini „Hell" . . . . . 17

Warmbrunn . . . . . 12
Weine für Gesunde und Kranke . 15. 23. 26 27
Wiesbaden . . . . . 4


Digitized by Google

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Soeben erschienen:

# Osmotischer Druck und Ionenlehre

in den

## medizinischen Wissenschaften.

Zugleich Lehrbuch physikalisch-chemischer Methoden.

Von

Dr. Chem. und Med. **H. J. Hamburger,**
Professor der Physiologie an der Reichsuniversität Groningen.

Band I.: **Physikalisch-chemische Grundlagen und Methoden. Die Beziehungen zur Physiologie und Pathologie des Blutes.**

Mit 23 Textabbildungen. — *Preis: Mk. 16.—.*

---

# Einführung

in die

# Physikalische Anatomie.

Von

**Dr. Hermann Triepel,**
Privatdocent und Prosektor am anatomischen Institut in Greifswald.

I. Teil: **Allgemeine Elasticitäts- und Festigkeitslehre in elementarer Darstellung.**

II. Teil: **Die Elasticität und Festigkeit der menschlichen Gewebe und Organe.**

Mit 23 Figuren im Text und 3 lithographirten Tafeln.

*Preis: Mk. 6.—.*

---

# Grundzüge der Allgemeinen Anatomie

## zur Vorbereitung auf das Studium der Medizin nach biologischen Gesichtspunkten

bearbeitet

von

Professor Dr. **Fr. Reinke,**
Prosektor am Anatomischen Institut in Rostock.

**Mit 64 Abbildungen.**

*Preis: Mk. 7.60.*

Digitized by Google

Soeben erschien:

# Pathologie und Therapie
der
# Herzneurosen
und der
## funktionellen Kreislaufstörungen.

Von

**Dr. August Hoffmann,**
Nervenarzt in Düsseldorf.

*Mit 19 Textabbildungen. Preis M. 7.60.*

. . . . Keineswegs hat der Verfasser sich darauf beschränkt, das weithin zerstreute Material zu sammeln und zu sichten — schon das allein verdiente lebhaften Dank —, er hat durch eigene Forschung, durch sehr sorgfältige eigene Beobachtung unter Heranziehung aller modernen diagnostischen Hilfsmittel sehr wesentlich zur Klärung vieler bis dahin dunklen Fragen beigetragen. Mag auch die weitere Forschung die eine oder andere Auffassung modifizieren, so bleibt doch das Verdienst Hoffmanns unangetastet, als der erste eine zusammenfassende Darstelluug der funktionellen Störungen der Herzthätigkeit unter Zugrundelegung der neueren physiologischen Thatsachen gegeben zu haben. Jedem, der sich für die Physiologie und Pathologie des Herzens interessiert, kann das Studium dieses Werkes nur aufs wärmste empfohlen werden.

*Riegel, in „Deutsche med. Wochenschrift".*

. . . . Verfasser hat mit frischem Wagemut das noch nicht in dieser Form beackerte Feld nach allen Richtungen hin durchpflügt und wohl bestellt, das Ergebnis seiner Mühen muss als ein durchaus befriedigendes bezeichnet werden. — Wir besitzen in dem Werke einen bequemen und zuverlässigen Wegweiser, der uns einen Spaziergang durch das vielfach noch wenig aufgeklärte Gebiet zu einem grossen Genusse gestaltet.

Auf Einzelheiten in sachlichen Dingen einzugehen, müssen wir uns versagen. Dass nicht jeder Leser jedes niedergeschriebene Wort als das letzte ausgesprochene betrachten wird, liegt in der ganzen Natur des noch viel umstrittenen Gebietes. Aber die Grundlagen sind geschaffen, und auf ihnen wird der weitere Ausbau unseres klinischen Wissens rüstig vorwärts schreiten. — Das wird schon die 2. Auflage des Werkes beweisen, die gewiss bald erforderlich sein wird.

*Unverricht, Magdeburg, „Centralblatt f. innere Medizin".*

Das H.'sche Werk sei der Aufmerksamkeit aller Ärzte wärmstens empfohlen.

*Grassmann, München, i. d. „Münchener med. Wochenschrift".*

Digitized by Google

Soeben erschien:

# Handbuch der Gynäkologie.

## Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen.

In drei Bänden herausgegeben

von

**J. Veit,**

Professor an der Universität Leiden.

*3 Bände in 5 Abtheilungen. Mit 566 Abbildungen im Text und auf 23 Tafeln*

**Preis M. 75.—, eleg. geb. M. 87.—.**

### I. Band. Preis M. 13.60. Inhalt:

Asepsis und Antisepsis in der Gynäkologie. Von H. Löhlein, Giessen.
Lage- und Bewegungsanomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane. Von Otto Küstner, Breslau.
Erkrankungen der Vagina. Von J. Veit, Leiden.
Die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. Von E. Bumm, Basel.
Entwickelung und Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalien. Von W. Nagel, Berlin.

### II. Band Preis M. 18.60. Inhalt:

Die Krankheiten der weiblichen Blase. Von H. Fritsch, Bonn.
Physikalische Untersuchungsmethoden der Blase. Von F. Viertel, Breslau.
Die Entzündungen der Gebärmutter. Von A. Döderlein, Tübingen.
Atrophia uteri. Von A. Döderlein, Tübingen.
Anatomie und Physiologie der Myome. Von K. Gebhard, Berlin.
Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose der Myome. Von J. Veit, Leiden.
Die elektrische Behandlung der Myome. Von R. Schaeffer, Berlin.
Die palliative Behandlung und die vaginalen Operationen der Uterusmyome. Von J. Veit, Leiden.
Die abdominalen Myom-Operationen. Von R. Olshausen, Berlin.
Myom und Schwangerschaft. Von R. Olshausen, Berlin.

### III. Band, I. Hälfte. Preis M. 12.60. Inhalt:

Die Menstruation. Von K. Gebhard, Berlin.
Die Erkrankungen der Vulva. Von J. Veit, Leiden.
Die Erkrankungen des Eierstocks und des Nebeneierstocks. Von J. Pfannenstiel, Breslau.

### III. Band, II. Hälfte, I. Abtheil. Preis M. 16.—. Inhalt:

Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Von A. v. Rosthorn, Graz.
Anatomie des Carcinoma uteri. Von G. Winter, Königsberg.
Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Radikalbehandlung der Uteruscarcinome. Von R. Frommel, Erlangen.
Palliative Behandlung des inoperablen Carcinoms. Von A. Gessner, Erlangen.
Carcinom und Schwangerschaft. Von O. Sarwey, Tübingen.
Deciduoma malignum. Von J. Veit, Leiden.

### III. Band, II. Hälfte, II. Abtheil. Preis M. 14.20. Inhalt:

Das Hämatocele. Von E. Winternitz, Tübingen.
Die Erkrankungen der Tube. I. Aetiologie und pathol. Anatomie. Von F. Kleinhaus, Prag.
Die Erkrankungen der Tube. II. Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie. Von J. Veit, Leiden.
Allgemeine Peritonitis. Von A. Döderlein, Tübingen.
Das Sarcoma uteri. Von A. Gessner, Erlangen.
Erkrankungen des Beckenbindegewebes. Nachtrag v. A. v. Rosthorn, Graz.

Digitized by Google

# Grenzfragen
des
# Nerven- und Seelenlebens.

Im Vereine mit hervorragenden Fachmännern des In- und Auslandes
herausgegeben von
**Dr. L. Löwenfeld** in München. und **Dr. H. Kurella** in Breslau.

Bis jetzt sind erschienen:

Heft I: **Somnambulismus und Spiritismus.** Von Dr. L. Löwenfeld in München. M. 1.—.

Heft II: **Funktionelle und organische Nervenkrankheiten.** Von Professor Dr. H. Obersteiner-Wien. M. 1.—.

Heft III: **Ueber Entartung.** Von Dr. P. J. Möbius in Leipzig. M. 1.—.

Heft IV: **Die normalen Schwankungen der Seelenthätigkeiten.** Von Dr. J. Finzi in Florenz, übers. v. Dr. E. Jentsch in Homburg v. d. H. M. 1.—.

Heft V: **Abnorme Charaktere.** Von Dr. J. L. A. Koch in Cannstatt. M. 1.—.

Heft VI/VII: **Wahnideen im Völkerleben.** Von Dr. M. Friedmann, Nervenarzt in Mannheim. M. 2.—.

Heft VIII: **Ueber den Traum.** Von Dr. S. Freud in Wien. M. 1.—

Heft IX: **Das Selbstbewusstsein; Empfindung und Gefühl.** Von Professor Dr. Th. Lipps in München. M. 1.—.

Heft X: **Muskelfunktion und Bewusstsein.** Eine Studie zum Mechanismus der Wahrnehmungen. Von Dr. E. Storch in Breslau. M. 1.20.

Heft XI: **Die Grosshirnrinde als Organ der Seele.** Von Prof. Dr. Adamkiewicz in Wien. M. 2.—.

Heft XII: **Wirtschaft und Mode.** Ein Beitrag zur Theorie der modernen Bedarfsgestaltung. Von Professor Werner Sombart in Breslau. M. —.80.

Heft XIII: **Der Zusammenhang von Leib und Seele.** Das Grund problem der Psychologie. Von Dr. W. Schuppe in Greifswald. M. 1.60.

Für die nächsten, in zwangloser Reihenfolge erscheinenden Hefte, stehen u. a. folgende Arbeiten bevor:

Kurella (Breslau). **Ueber Begabung für Kunst und Wissenschaft.**
weil. Carl Lange (Kopenhagen). **Sinnesgenüsse und Kunstgenuss.**
H. Sachs (Breslau). **Gehirn und Sprache.**
Naecke (Hubertusburg). **Ueber moral insanity** (moralisches Irrsein).
v. Bechterew (St. Petersburg). **Ueber psychische Kraft.**
Eulenburg (Berlin). **Sexualpathologische Fragen.**

Digitized by Google

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Soeben erschien:

Die

# anorganischen Salze

im

## menschlichen Organismus.

### Nach den Grundsätzen der modernen Chemie

systematisch zusammengestellt

von

**Dr. R. Brasch** in Bad Kissingen.

Preis Mk. 4.80.

Erste Abteilung:

## Physikalische Chemie der Salze.

**I. Die Elemente, ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften in Bezug auf den menschlichen Organismus:**

1. Einleitung. — 2. Die Ionen der anorganischen Verbindungen. — 3. Die Kationen. — 4. Die Anionen. — 5. Elemente, welche bald als Kationen, bald als Anionen auftreten. — 6. Die Beziehungen der Ionen zum lebenden Organismus

**II. Die anorganischen Salzlösungen im menschlichen Organismus:**

1. Die anorganischen Salzlösungen im Allgemeinen. — 2. Berechnen der Ionen und Salze einiger Lösungen anorganischer Salze im menschlichen Organismus. — 3. Die Erhaltung der Alkalescenz des Blutes. — 4. Die anorganischen Salzlösungen als Leiter der Elektricität.

**III. Die Beziehungen der anorganischen Salze zu den verschiedenen Zellensystemen:**

1. Die Beziehungen der anorganischen Salze zu den Zellen im Allgemeinen. — 2. Die Resorption der anorganischen Salze. — 3. Die anorganischen Salze in den Blutzellen. — 4. Die anorganischen Salze in den Knochenzellen. — 5. Die anorganischen Salze in den Nieren. — 6. Die Funktionen der anorganischen Salze in den Zellen. — 7. Der osmotische Druck. — 8. Die physikalisch-chemische Beschaffenheit der Zellenmembran.

Zweite Abteilung.

## Die Oxydationsprozesse im menschlichen Organismus.

1. Einleitung. — 2. Der Mechanismus der Oxydation. — 3. Die Ausscheidung der Oxydationsprodukte. — 4. Die Intensität des Oxydationsprozesses. — 5. Die Oxydation der organischen Stoffe. — 6. Die Oxydation der anorganischen Stoffe.

Dritte Abteilung:

## Die Energetik des menschlichen Organismus.

1. Die Bildungswärme, die Reaktionswärme und der Brennwerth im Allgemeinen. — 2. Berechnung und Vergleich der Energieentwickelung aus den einzelnen Nahrungsstoffen. — 3. Die Energieverluste. — 4. Die Umwandlung der chemischen Energie in mechanische Arbeit. — 5. Die direkt von aussen zugeführte Energie. — 6. Die physikalische Chemie des Gesammtstoffwechsels. — 7. Die physikalische Chemie der Ernährung. — 8. Die physikalische Chemie der Fettsucht. — 9. Die physikalische Chemie des Fiebers. — 10 Schlusswort. — Register.

Digitized by Google

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

# Neubauer und Vogel.

## Anleitung zur qualitativen und quantitativen

# ANALYSE DES HARNS.

**Zehnte umgearbeitete und vermehrte Auflage.**

Analytischer Theil

in dritter Auflage bearbeitet von

**Dr. H. Huppert,**

o. ö. Prof. der Medic. Chemie an der k. k. deutschen Universität zu Prag.

Mit 4 lithographirten Tafeln und 55 Holzschnitten.

*Preis: 17 Mark 65 Pfg., gebunden in Halbfranz 19 Mark 60 Pfg.*

. . . . Der Anfänger sowohl wie der Geübte finden in dem übersichtlich und klar geschriebenen Buche ihre Rechnung, der Erstere, weil ihm die nöthige eingehende genaue Belehrung und Unterweisung zu Theil wird, der Letztere, weil das Werk in Bezug auf Vollständigkeit in der Wiedergabe der in Betracht kommenden Angaben und Methoden und der Litteratur allen Ansprüchen genügt.

Die 10. Auflage ist ein schönes Jubiläum und, wie sie vor uns liegt, ein stattliches Zeugniss für das Werk, dessen guten Namen Andere begründet haben, das aber ganz auch einer so sicheren Weiterführung und vielfach völligen Neugestaltung als sie ihm seither durch H. Huppert zu Theil wurde, bedurfte, um den sehr grossen Anforderungen, die man jetzt an ein solches Lehrbuch stellt, gewachsen zu bleiben. *Moritz-München i. d. Münch. med. Wochenschrift.*

. . . . Das vorliegende Werk ist ein Meisterstück der medizinischen Unterrichtslitteratur; seine Vollständigkeit und Klarheit machen es zu einem dem Studirenden wie dem Forscher gleich werthvollen Behelf. Mit voller Kenntniss der Bedürfnisse des praktischen Arztes wie des „Arbeiters" im Laboratorium geschrieben, bringt es beiden Rath und Belehrung . . . .

*Pohl i. d. Prager med. Wochenschrift.*

. . . . Unbestritten steht, zumal seit 1882 von Salkowski-Leube's trefflicher „Lehre vom Harn" eine neue Auflage nicht mehr erschienen ist, das vorliegende Werk an der Spitze der die Harnuntersuchung behandelnden Lehrbücher. Wie kaum ein anderes ist es geeignet, den mächtigen Aufschwung zu illustriren, den die physiologische Chemie in den letzten Jahrzehnten genommen, und zugleich den grossen Einfluss, den sie auf die theoretische und praktische Medizin gewonnen . . . . So wird das Werk auch in Zukunft allen denen in erster Linie, die auf dem Gebiete der Lehre vom Harn selbständig arbeiten, ein unentbehrliches Hilfsmittel ihrer Studien, allen aber, die mit der Untersuchung des Harnes zu thun haben, ein in jedem Falle verlässlicher Rathgeber in allen Nöthen sein. *Deutsche Medizinal-Zeitung.*

Digitized by Google

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

# Kursus

der

# Pathologischen Histologie

mit einem

# Mikroskopischen Atlas

von 28 Lichtdruck- und acht farbigen Tafeln.

Von

**Prof. Dr. L. Aschoff,**
Privatdozenten u. I. Assistenten am pathologischen Institut zu Göttingen.

und

**Dr. H. Gaylord,**
Prof. d. chirurg. Pathologie u. Direktor d. staatl. Instituts f. Krebsforschung d. Universität Buffalo.

*Preis geb. M. 18.—.*

Das hervorragend schön ausgestattete Werk besteht aus einem mikroskopischen Atlas und einem beschreibenden Text (340 S.). Die Bilder sind mittelst einer vollendeten Technik so naturgetreu dargestellt, dass sie hierin und an Schärfe kaum zu übertreffen sind. Bei eingehender Betrachtung empfiehlt sich sogar der Gebrauch einer Lupe. Der beschreibende Text zu den Bildern und der Leitfaden für die Herstellung der Schnitte, bez. Aufstriche lassen an Klarheit und Uebersichtlichkeit nichts zu wünschen übrig. Auch als Nachschlagewerk ist das reichhaltige Buch geeignet, da es ein umfängliches Literaturverzeichniss über neuere Fragen von Bedeutung enthält.

*Schmidt's Jahrbücher.*

This work consists of a systematic description of the pathology of the various organs in conjunction with a series of excellent photo-micrographs designed to illustrate the pathological histology of the lesions. The atlas consists of 35 plates, each containing some six or eight photographs reproduced by a collotype process which has the great advantage that it permits the use of a lens and thus enables many details to be observed which are not visible to the naked eye. Speaking of the photographs as a whole they are excellent in their definition, equality of lighting, and other technical qualities. The reproductions are worthy of the photographs. Such illustrations are, as a rule so expensive as to be prohibitive, and the beautiful atlas of Karg and Schmorl is for this reason out of the reach of the student. The price of the present work is so small that it is difficult to understand how it can have been produced profitably. There are in addition to the photographs a few plates of coloured drawings and the last three plates of the atlas form a new departure in pathological illustration, being reproduced by a photographic three colour-printing process which certainly seems, especially in the case of the last plate, to give very good results. The systematic description is preceded by a section on histological methods which is good and up to date. The processes are described in a thoroughy practical manner. The fixing and hardening methods are clearly given and there is an excellently succinct but sufficient description of the short and rapid methods of use to the practising physician. The book is a valuable addition to existing works on pathological histology.

*The Lancet.*

Digitized by Google

Soeben ist **neu** erschienen:

# Die Methoden
der
# Praktischen Hygiene.
## Lehrbuch
zur
## Untersuchung und Beurteilung hygienischer Fragen
für
## Ärzte, Chemiker und Juristen
von

**Dr. K. B. Lehmann,**
o. Professor der Hygiene und Vorstand des Hygienischen Instituts an der Universität Würzburg.

**Mit 146 Abbildungen.**

*Zweite erweiterte, vollkommen umgearbeitete Auflage.*

**Preis Mk. 18.60. Gebunden Mk. 20.60.**

Mit aufrichtiger Freude wird jeder Fachgenosse das Erscheinen der 2. Auflage von Lehmann's Methoden begrüssen. In den seit dem Erscheinen der 1. Auflage verflossenen 10 Jahren ist gerade die hygienische Methodik einer solchen zielbewussten Verbesserung und Vervollständigung unterworfen worden, dass eine erneute übersichtliche Zusammenstellung des reichen, überall zerstreuten Materials ein Bedürfnis darstellte. Aber das vorliegende Lehrbuch ist weit davon entfernt, nur eine Zusammenstellung zu bringen, Seite für Seite merkt man, dass L. nicht nur die gesamte Litteratur beherrscht, sondern auch aus eigener praktischer Erfahrung heraus spricht. Es bedarf nicht des Hinweises, dass gerade hierdurch das Erscheinen des Werkes zu einem bedeutsamen wird. Es wird Jeder sicher gehen und zum Ziele gelangen, der sich dieser vortrefflichen, zuverlässigen Führung anvertraut.

*Schmidt's Jahrbücher Bd. 269. Heft 2. 1901.*

Die dem derzeitigen Stande der hygienischen Wissenschaft in vollstem Masse Rechnung tragende Arbeit zeugt wiederum von einem bewundernswerten Fleiss und einer ausserordentlichen Sachkenntnis des Verfassers. In den Abschnitten über Wasserversorgung, Heizung, Lüftung und Beleuchtung werden die Leser unserer Zeitschrift zahlreiche wertvolle Angaben finden, aus denen sie direkten Nutzen für die Praxis ziehen können.

Einen besonderen Wert erhält des Werk dadurch, dass die Mehrzahl der mitgeteilten Untersuchungsmethoden vom Verf. selbst nachgeprüft und daher auch auf Grund eigener Beobachtungen kritisiert werden konnten.

Die Methoden der praktischen Hygiene vom bekannten Würzburger Hygieniker können als ein Meisterwerk bezeichnet werden. Wenn die erste 1890 erschienene Auflage ihren Weg in alle hygienischen Laboratorien und Untersuchungsstationen für Lebensmittel gefunden hat, so eignet sich diese bedeutend erweiterte und aufs Sorgfältigste ausgearbeitete Auflage auch für jeden Arzt. Es handelt sich um ein inhaltsreiches Nachschlagewerk für alle die Hygiene interessierenden Fragen.

*Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte Nr. 8. 1901. 15/4.*

Es wird wohl kaum eine für Untersuchungen in Betracht kommende Frage geben, auf die in dem Buche die Antwort nicht zu finden wäre. Namentlich die Untersuchung der Nahrungsmittel ist in einer Vollständigkeit und Uebersichtlichkeit gegeben, dass man wohl nur für ganz spezielle Untersuchungen eines anderen Behelfes bedarf.

Man wird die 2. Auflage des Werkes ebenso unentbehrlich finden, wie es die erste bereits geworden war. *Prager Med. Wochenschrift Nr. 7. 1901.*

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google